



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO

DISSERTAÇÃO

**PAPÉIS E COMPETÊNCIAS DOS RESPONSÁVEIS PELOS RECURSOS
HUMANOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

MARIA DE FÁTIMA HIPÓLITO LATA E MARTINS FERRINHO

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI:

PROFESSORA DOUTORA CARLA CURADO

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ NEVES

PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO SANTOS

SETEMBRO – 2012



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO

**PAPÉIS E COMPETÊNCIAS DOS RESPONSÁVEIS PELOS
RECURSOS HUMANOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

MARIA DE FÁTIMA HIPÓLITO LATA E MARTINS FERRINHO

ORIENTAÇÃO:

PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO SANTOS

SETEMBRO – 2012

Ao meu marido Paulo

(ele sabe porquê)

À Maria e ao Sérgio

(pelo que representam na minha vida)

AGRADECIMENTOS

A todos os que me acompanharam no percurso do Mestrado.

Aos participantes pela sua disponibilidade para participarem no estudo.

À Professora Doutora Maria João Santos pela orientação.

À Professora Doutora Cláudia Conceição pela amizade e pelo apoio que me deu em todo o processo.

À Mestre Ana Marta Amaral pelo apoio que me deu no final do processo.

À minha querida família, pela disponibilidade, apoio e constante compreensão.

Parte do custo deste Mestrado foi financiada pela Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta.

RESUMO

Uma das novidades da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários foi a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde com a missão de garantir Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica.

Com base nos papéis e competências que a literatura reconhece fundamentais num gestor de Recursos Humanos procura-se para o ACES em estudo, e como objetivos, especificar e descrever: o modelo organizacional que enquadra o modelo de gestão de recursos humanos (GRH); o modelo de produção; os papéis e competências de GRH que os responsáveis pelos RH desenvolvem; o modelo de GRH, as suas forças e fraquezas e o seu posicionamento estratégico e/ou operacional.

Optou-se por um estudo de caso único inclusivo (o modelo de GRH) com uma única unidade de análise embutida (um dos ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo). Foi realizado um grupo focal conduzido por uma facilitadora e uma co-facilitadora que contou com a participação de cinco dirigentes do ACES. A discussão, gravada depois de obtida a autorização verbal de todos os presentes, foi orientada por um guião. A gravação foi transcrita e o texto foi sujeito a análise de conteúdo segundo uma abordagem qualitativa categorial, garantindo-se o anonimato dos intervenientes. Estes foram informados dos objetivos da investigação e deram verbalmente autorização para gravar a entrevista.

Os resultados apontam para um modelo organizacional em que o principal mecanismo de coordenação é o ajustamento mútuo, a tomada de decisão está centrada nos gestores intermédios e os postos de trabalho estão tendencialmente organizados numa especialização horizontal, em ambiente complexo mas estável.

A organização do trabalho é feita através de uma divisão vertical do trabalho flexível, trabalho em grupo, rotação de tarefas e polivalência limitada; predominam os trabalhadores qualificados com uma baixa proporção do trabalhador indireto; o sistema de informação/comunicação é multidireccional. Os RH participam e relacionam-se através da participação direta e de relações de trabalho de cooperação.

No ACES não existe um gestor de RH. A função gestora de RH é partilhada entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a ARS e os vários dirigentes no ACES.

No modelo de GRH no ACES, a principal função pessoal reflete-se no alargamento e enriquecimento de tarefas e no ajustamento às previsíveis necessidades; o âmbito da ação da GRH cinge-se à aplicação da regulamentação jurídica e de normas internas, garantindo as operações administrativas necessárias ao funcionamento da organização.

O posicionamento da GRH no ACES é essencialmente operacional e centrado nos processos.

Estes resultados reforçam a percepção de que a gestão e o desenvolvimento dos recursos humanos, aqui, como noutras reformas, são uma área negligenciada. Os responsáveis pelos RH nos ACES não estão claramente identificados e os papéis, competências e técnicas de GRH ou não são conhecidos ou, se conhecidos, estão dispersos por diversos atores, não só nos ACES mas até em organismos da ACSS – uma conclusão surpreendente se considerarmos que a reforma nasceu muito centrada em questões de GRH, de um conjunto de experiências que, ao longo de duas décadas, foi procurando novas formas de organizar e remunerar o trabalho dos médicos de família.

PALAVRAS-CHAVE: Competências do Gestor de Recursos Humanos; Cuidados de Saúde Primários; Gestão de Recursos Humanos; Modelos de Gestão de Recursos Humanos; Modelos Organizacionais; Modelos de Produção; Papéis do Gestor de Recursos Humanos; Reforma.

SUMMARY

One of the novelties of the Primary Health Care Reform (PHCR) in Portugal was the establishment of Health Centre Clusters (known in Portuguese as *Agrupamentos de Centros de Saúde* - ACES). Each ACES includes several units providing primary health care (PHC) to a defined population.

Based on the role and competencies defined for human resources (HR) managers in the specialized literature, this thesis aims at: identifying the organizational model that frames the management of human resources (MHR); describing the production model (health care provision); the roles assumed by managers of HR; the competencies developed by HR managers; the strategic/tactical nature of MHR; the model of MHR and a SWOT analysis of this model.

The methodology adopted followed a case study approach with a single unit of analysis (the model of MHR) in one of the ACES of the Health Region of Lisbon and the Tagus Valley. Data was collected through a focus group with the five senior managers of the ACES under study. The discussion was tape recorded, transcribed and subject to categorical qualitative content analysis.

The results identify mutual adjustment as the main mechanism of coordination. The centre of decision-making lies with mid-level managers. Work posts tend to a horizontal specialization in a complex stable environment. The model of production follows a vertical division of flexible work, team work, task rotation and limited polyvalence. In the workforce there is a predominance of qualified workers. The system of information/communication is multichannel and multidirectional. The relationships among co-workers are of a collaborative nature.

The ACES does not have a HR manager. The HR management functions are shared among the central level National Health System Management Authority the Regional Health Authority and the ACES. The main personnel function at the ACES has to do with the definition of job content and adapting it to the changing circumstances. The scope of MHR is very much constrained by laws, norms and other administrative rules. MHR is shared among the senior and midlevel managers of the ACES, more from an operational rather than a strategic perspective.

These results strengthen the message that MHR is a neglected feature in this reform.

KEY-WORDS: Competencies of managers of human resources; primary health care; management of human resources; models of management of human resources; organizational models; production models; roles of managers of human resources; reform.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. PROBLEMÁTICA.....	1
2.1. Quadro de referência para o estudo da problemática	2
3. OBJETIVOS	3
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
4.1. Configuração organizacional	3
4.2. Teorização da GRH.....	4
4.2.1. Modelos de produção de GRH	4
4.2.2. Modelos normativos de GRH.....	5
4.2.3. Papéis do gestor de RH	7
4.2.4. Competências do gestor de RH	7
5. MATERIAL E MÉTODOS.....	9
5.1. Seleção do caso em estudo	10
5.2. Técnica de recolha de dados.....	12
5.3. Técnica de tratamento de dados	13
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS	14
7. RESULTADOS	14
7.1. Análise da situação – antes e depois da reforma	14
7.2. Resultados por objetivos definidos para a investigação	16
7.2.1. Definir o modelo organizacional do ACES	16
7.2.2. Especificar e descrever o modelo de produção do ACES	17
7.2.3. Especificar e descrever o modelo de GRH do ACES	17
7.2.4. Especificar e descrever os papéis de GRH que os responsáveis pelos RH desenvolvem no ACES	18
7.2.5. Especificar e descrever as competências de GRH que os responsáveis pelos RH desenvolvem no ACES	19
7.2.5.1. Domínio de competências: conhecimento do negócio.....	19
7.2.5.2. Domínio de competências: gestão da cultura organizacional	19
7.2.5.3. Domínio de competências: gestão da mudança	19
7.2.5.4. Domínio de competências: credibilidade pessoal	19
7.2.5.5. Domínio de competências: técnicas de RH	19

7.2.5.5.1. Competências de gestão	19
7.2.5.5.2. Atração, recrutamento e retenção de talento	20
7.2.5.5.3. Avaliação do desempenho e recompensas	21
7.2.5.5.4. Formação e desenvolvimento	22
7.2.5.5.5. Remuneração e benefícios.....	23
7.2.5.5.6. Relações organizacionais.....	24
7.2.5.5.7. Segurança, higiene e saúde.....	24
7.2.6. <i>Esclarecer o posicionamento da GRH no ACES</i> <i>(se estratégico e/ou operacional)</i>	25
7.2.7. <i>Identificar as forças e fraquezas do(s) modelo(s) seguido(s)</i>	25
8. DISCUSSÃO	25
8.1. Configuração organizacional do ACES.....	25
8.2. Modelos de produção do ACES	27
8.3. Modelos normativos de GRH do ACES.....	28
8.4. Papéis do gestor de RH.....	29
8.5. Competências do gestor de RH.....	29
8.6. Posicionamento da GRH no ACES.....	31
8.7. Forças e fraquezas do(s) modelo(s) seguido(s)	31
9. CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXO I	
ANEXO II	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Quadro de referência para o estudo da gestão de RH nos ACES.....	2
Figura 2. Papéis fundamentais do gestor de RH (estratégico vs operativo)	7
Figura 3. Domínios de competências do gestor de RH (estratégico vs operativo)	9
Figura 4. Estrutura organizativa do ACES em estudo	12

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Configurações estruturais de Mintzberg	4
Tabela 2. Novos Modelos de Produção: neo-taylorista/fordista, <i>lean production</i> e antropocêntrico	5
Tabela 3. Modelos normativos de GRH: administrativo, consultivo e desenvolvimentista	6
Tabela 4. Domínios de competências do gestor de RH.....	8
Tabela 5. Domínio de competências “técnicas de RH”	8
Tabela 6. Competências de gestão	20
Tabela 7. Análise SWOT	25
Tabela 8. Níveis de GRH	28
Tabela 9. Domínio de competências “técnicas de RH”	31

ÍNDICE DE CAIXAS

Caixa 1. Caso em estudo – Modelo de gestão de RH no ACES em estudo.....	10
---	----

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde (Lisboa)

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CC – Conselho Clínico

C-F – Co-facilitadora

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE – Diretor Executivo

GRH – Gestão de Recursos Humanos

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS – Ministério da Saúde

PCC – Presidente do Conselho Clínico

PNS – Plano Nacional de Saúde

POC – Programas Ocupacionais (IEFP)

RCSP – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos em Saúde

RSLVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

R-UAG – Responsável pela Unidade de Apoio à Gestão

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VCC-E – Vogal do Conselho Clínico (Enfermeiro)

VCC-SP – Vogal do Conselho Clínico (Médico de Saúde Pública)

1. INTRODUÇÃO

Uma das principais novidades da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RCSP) foi a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde (CS) com a missão de prestar Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei nº 28/2008).

Para a condução da RCSP foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005), mais tarde substituída pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (Despacho nº 13312/2011).

2. PROBLEMÁTICA

Num cenário anterior à RCSP em Portugal, a oferta de cuidados de saúde transpirava sinais de dificuldade: a falta de profissionais a todos os níveis, as falhas de formação em especial na carreira administrativa, a inexistência de cultura e prática de trabalho em equipa, e a resposta insuficiente às necessidades da população das suas áreas geográficas (IGS-JMF, 2001). Também, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 alertava para as insuficiências na organização dos CS, e para a ausência de sistemas de informação adequados, a pouca diversificação de respostas e as limitações na formação dos profissionais (MS, 2004).

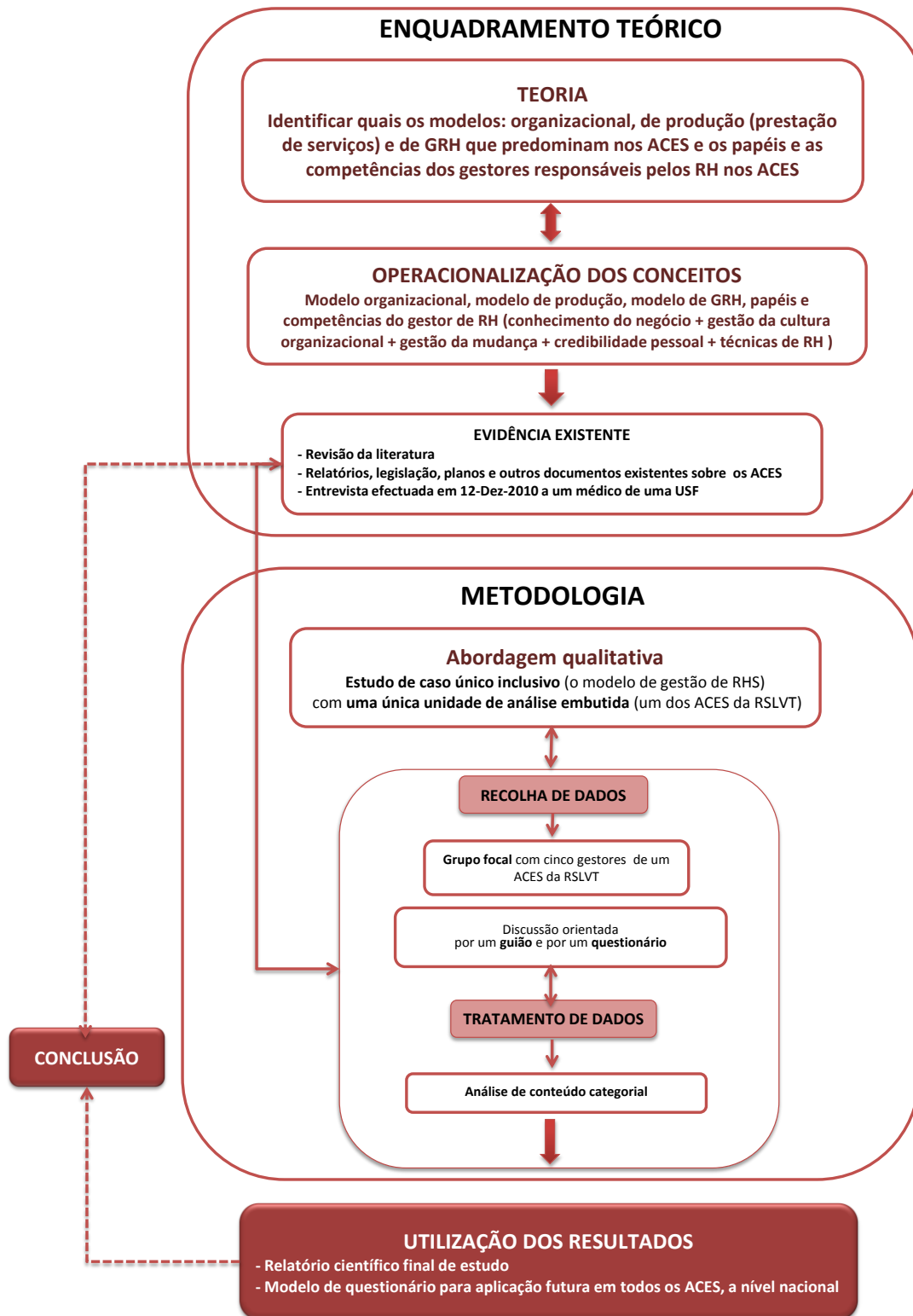
Com a RCSP, coloca-se a questão de até que ponto os objetivos definidos para os CSP encontram eco na cultura latente e nas competências dos profissionais do setor, a fim de desencadear a motivação e a criatividade para implementar novas práticas de um modo sustentável, contrariando décadas de uma velha lógica de funcionamento hierárquico e vertical da administração pública para uma dinâmica alicerçada na contratualização e em redes de serviços partilhados (Filerman, 2003; Pisco, 2008; Pisco, 2010).

Assim, os aspetos que fundamentam este estudo residem não só em analisar um processo recente, em que as mudanças ainda estão a decorrer, criando evidências sobre os papéis e as competências do gestor de RH no ACES mas, também, tentar contribuir para um melhor entendimento da Gestão de Recursos Humanos (GRH) na presente RCSP.

2.1. Quadro de referência para o estudo da problemática

A problemática será abordada de acordo com o quadro de referência apresentado na figura 1, enquadrando o estudo numa base teórica sólida e numa metodologia qualitativa.

Figura 1. Quadro de referência para o estudo da gestão de RH nos ACES



3. OBJETIVOS

Neste trabalho pretende-se, no ACES em estudo, identificar os papéis e as competências dos gestores responsáveis pelos RH, especificando e descrevendo:

1. o modelo organizacional que predomina;
2. o modelo de produção que prevalece;
3. os papéis de GRH que os responsáveis pelos RH desenvolvem;
4. o modelo de GRH dominante;
5. as competências de GRH dos responsáveis pelos RH;
6. o posicionamento da GRH no ACES (se estratégico e/ou operacional);
7. as forças e fraquezas do modelo de GRH seguido.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se a literatura que suporta os temas e as teorias a que se recorrem neste estudo: 1) da configuração organizacional; 2) dos modelos de produção e de GRH; e 3) dos papéis e competências necessárias a um gestor de RH.

4.1. Configuração organizacional

Reconhecendo que na literatura existem vários modelos teóricos para explicar e compreender o grande número e diversidade de organizações (Bancalero, 2007; Burns & Stalker, 1996; Burton & Obel, 2004; Burton & Obel, 1998; Cunha *et al*, 2007; Mintzberg, 2010; e Mintzberg, 1983), neste estudo optámos pelas configurações estruturais de Mintzberg porque são muito difundidas e aceites e de fácil operacionalização.

Fundamentado em três aspetos básicos – da seleção natural das melhor sucedidas; da consistência das características internas e sua adequação a cada situação; e da propensão para seguirem as tendências existentes de modo a que pareçam modernas – Mintzberg (2010) refere que há uma tendência para que os modelos organizacionais se aproximem de um de cinco, de acordo com as características sumarizadas na tabela 1.

Tabela 1. Configurações estruturais de Mintzberg

Configuração estrutural	Principal mecanismo de coordenação	Parte-chave da organização	Tipo de descentralização	Principais parâmetros de concepção	Fatores de contingência
Estrutura simples	i) supervisão direta.	i) vértice estratégico.	i) centralização horizontal e vertical.	i) fraca especialização; ii) pouca formação e socialização; iii) pouca formalização orgânica; iv) por funções; v) unidades grandes; vi) pouco planeamento e controlo; vii) poucos mecanismos de ligação.	i) sistema técnico jovem, pequeno e não sofisticado; ii) ambiente simples e dinâmico; iii) possível hostilidade extrema ou necessidades de poder considerável do principal dirigente; iv) não à moda.
Buocracia mecanicista	i) estandardização dos processos de trabalho.	i) tecnoestrutura.	i) centralização vertical e descentralização horizontal limitada.	i) especialização do trabalho na dimensão vertical e horizontal; ii) formalização do comportamento; iii) unidades grandes; iv) planeamento das ações; v) agrupamento funcional.	i) sistema técnico velho, grande e não-automatizado; ii) ambiente simples e estável; iii) controlo externo; iv) não à moda.
Burocracia profissional	i) estandardização das qualificações.	i) centro operacional.	i) descentralização horizontal e vertical.	i) formação; ii) especialização horizontal do trabalho.	i) sistema técnico não sofisticado; ii) estrutura na moda.
Estrutura divisionalizada	i) estandardização dos resultados.	i) linha hierárquica.	i) descentralização vertical limitada.	i) agrupamento das unidades na base de mercados; ii) sistema de controlo das <i>performances</i> .	i) organização mais velha, de grande tamanho; ii) necessidade de que os quadros têm em adquirir poder; iii) mercados diversificados; iv) estrutura na moda.
Adhocracia	i) ajustamento mútuo.	i) funções logísticas.	i) descentralização seletiva.	i) especialização horizontal do trabalho; ii) estrutura orgânica; iii) mecanismos de ligação; iv) formação; v) agrupamento das unidades na base das funções e nos mercados.	i) ambiente complexo e dinâmico; ii) organização jovem (sobretudo na Adhocracia operacional); iii) sistema técnico sofisticado e muitas vezes automatizado (na Adhocracia administrativa); iv) estrutura na moda.

Adaptado: Mintzberg, 2010

Para a grelha de análise deste estudo, recorreu-se a três destas configurações, as mais mencionadas na literatura sobre organizações de saúde – burocracia profissional, estrutura divisionalizada e adhocracia.

4.2. Teorização da GRH

Discute-se o modelo de produção utilizado, os papéis e competências do gestor de RH e o modelo de GRH.

4.2.1. Modelos de Produção de GRH

Considerando os modelos de produção como modelos ideais que permitem analisar a realidade organizacional, recorre-se aos modelos neo-taylorista/fordista, *lean production* e antropocêntrico (Kovács & Castillo,1998), caracterizados na tabela 2.

Tabela 2. Modelos de Produção: neo-taylorista/fordista, lean production e antropocêntrico

Dimensões	Modelo neo-taylorista/fordista	<i>Lean production</i>	Modelo antropocêntrico
Objetivos	i) aumento da produtividade; ii) melhoria da qualidade; iii) redução de custos por unidade apostando nas novas tecnologias.	i) otimização da produtividade global; ii) continuidade do fluxo produtivo; iii) integração da conceção; iv) produção e venda apostando sobretudo nas melhorias contínuas assentes nos RH e na organização mais eficaz.	i) qualidade; ii) versatilidade; iii) aumento da qualidade de vida no trabalho; iv) mais objetivos sociais e preocupações ambientais.
Tecnologia	i) subordinação da organização e das pessoas ao sistema técnico.	i) subordinação da organização e das pessoas ao sistema técnico.	i) tecnologia da organização especificamente adaptada às necessidades humanas; ii) ênfase nas boas condições de trabalho.
Estrutura organizacional	i) integração vertical; ii) forte hierarquia, iii) controlo integrado, centralizado.	i) relações hierárquicas de subcontratação; ii) hierarquia reduzida, iii) descentralização operacional.	i) cooperação e parceria; ii) fraca hierarquia; iii) descentralização organizacional.
Organização do trabalho	i) forte divisão vertical do trabalho, ii) trabalho individual, fragmentado; iii) alargamento e rotação de tarefas; iv) especialização.	i) divisão vertical do trabalho menos rígida, ii) trabalho em grupo, iii) rotação de tarefas, iv) polivalência limitada.	i) fraca divisão vertical do trabalho; ii) trabalho qualificante em equipas semi-autónomas; iii) ampla polivalência.
Recursos humanos	i) predomínio de trabalhadores não qualificados e forte presença de pessoal indireto; ii) formação mínima; iii) ênfase na flexibilização quantitativa.	i) predomínio de trabalhadores qualificados e baixa proporção de pessoal indireto; ii) formação em função da polivalência limitada; iii) combinação da flexibilização qualitativa e quantitativa.	i) predomínio de trabalhadores qualificados e baixa proporção de pessoal indireto; ii) formação em função da polivalência ampla; iii) ênfase na flexibilização qualitativa.
Sistema de informação/comunicação	i) centralizado descendente: superior -> subordinado.	i) descentralizado: superior <-> subordinado.	i) fluxo da informação/comunicação.
Participação e relações de trabalho	i) baixo nível de participação; ii) relações de desconfiança.	i) forte participação direta; ii) relações de confiança.	i) intensa participação direta; ii) relações de cooperação.

Cf.: Kovács & Castillo, 1998

4.2.2. Modelos normativos de GRH

Para Storey (1995), a construção de um modelo de GRH deve assentar em quatro elementos-chave: crenças e pressupostos; qualidades estratégicas; papel crítico dos gestores; e mecanismos-chave. A partir desta teoria, Brewster (1994) critica os modelos de GRH utilizando a metáfora informática do *hard* e do *soft*. A abordagem *hard* enfatiza na expressão GRH, a palavra Recursos, que considera como um custo, enquanto a abordagem *soft* enfatiza a palavra Humanos, que considera como um investimento. Legge (1995), por sua vez, enfatiza em ambas a importância de integrar GRH e estratégia organizacional, a vantagem de envolver os gestores intermédios na GRH, a possibilidade de as pessoas desenvolverem o seu potencial e a necessidade de adequar as pessoas às tarefas.

Apesar de se reconhecerem vários modelos (Storey, 1995; Brewster, 1994; Legge, 1995; Hackman & Wageman, 2005; e Kozlowski *et al*, 1996), recorre-se na análise aos modelos normativos (Hackman & Wageman, 2005; Kozlowski *et al*, 1996) porque se entende esta tipologia como estádios evolutivos da GRH que se inicia com o modelo administrativo (*GRH Operacional*), seguido do modelo consultivo (*GRH Consultora*) até ao modelo desenvolvimentista/estratégico (*GRH Estratégica*) (tabela 3).

Tabela 3. Modelos normativos de GRH: administrativo, consultivo e desenvolvimentista

Dimensões	Administrativo (GRH Operacional)	Consultivo (GRH Consultora)	Desenvolvimentista (GRH Estratégica)
Tipo organizacional	Modelo burocrático-mecanicista de organização	Modelo burocrático-profissional de organização	Modelo adhocrático de organização
Abordagem <i>Hard vs Soft</i>	Abordagem <i>hard</i>	Características das duas abordagens	Abordagem <i>soft</i>
Função GRH	i) realização de funções e tarefas, (definidas e concebidas na lógica “ <i>one best way</i> ”); ii) administração de retribuições financeiras em função das contribuições individuais medidas de acordo com normas estabelecidas.	i) enriquecimento e alargamento de funções; ii) ajustamento dos RH às previsíveis necessidades da organização; iii) comportamento dos indivíduos não é em função dos salários, mas tem a ver com necessidades mais profundas (psicológicas e sociais).	i) articulação da estratégia de GRH com as estratégias de competitividade; ii) RH como fator estratégico para a organização; iii) gestão organizacional do tipo estratégico de natureza prospetiva.
Âmbito da ação GRH	i) aplicação da regulamentação jurídica e de normas internas, garantindo as operações administrativas necessárias ao funcionamento da organização; ii) gestão das remunerações, dos tempos de trabalho, dos recrutamentos e cessações de contratos, formação necessária em cada momento (ausência de planeamento); iii) relação com os sindicatos e com a segurança social.	i) papel interlocutor e/ou negociador com os parceiros sociais (técnicas especiais de negociação e estratégias de atuação); ii) especificidade técnica da função e o reconhecimento da importância da liderança, do clima de motivação e do bom relacionamento.	i) envolvimento dos trabalhadores, promoção da inovação, partilha de informação/conhecimento, organização e condições de trabalho; ii) resposta às solicitações em mudança constante; iii) adaptação às novas situações pela integração, participação e mobilização do gestor RH na elaboração e implementação da estratégia da empresa.
Responsável GRH	i) não participa na tomada de decisões sobre a vida da organização, nem na alteração de estrutura e da organização do trabalho; ii) a gestão de pessoal é da responsabilidade da hierarquia, (decide frequentemente sobre recrutamento, promoção, formação, disciplina, sem consulta ao órgão de pessoal que se encontra na dependência dos responsáveis dos departamentos administrativos/financeiros).	i) relaciona-se com a gestão de topo e é consultado na preparação de decisões, (estudo das eventuais consequências das decisões económicas, técnicas ou organizacionais); ii) não participa na tomada de decisões estratégicas.	i) partilha da GRH entre profissionais de RH, gestores de topo, gestores de linha e os próprios colaboradores.
Colaboradores GRH	i) pessoas com preparação na área jurídica; no caso das grandes organizações por especialistas com formação superior.	i) os serviços ou departamentos de RH integram subáreas e vários especialistas.	i) os profissionais de GRH têm papéis múltiplos: líder, agente de mudança e especialista em RH.

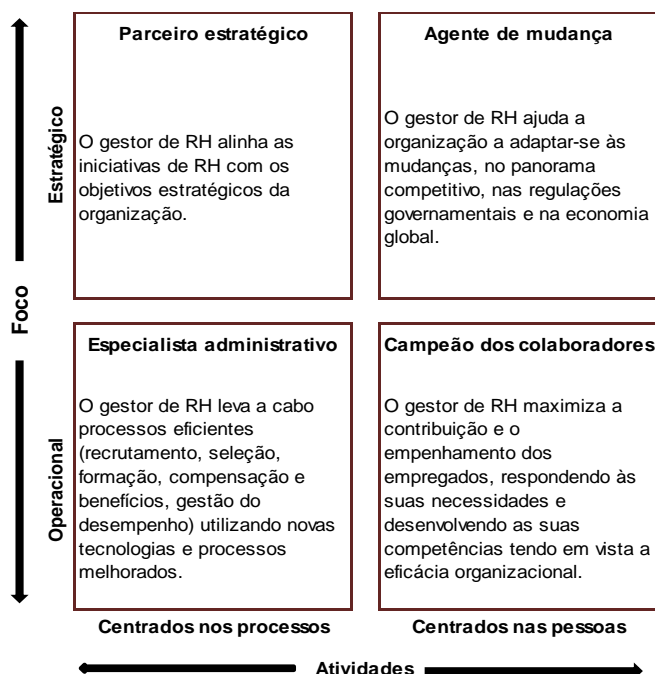
Adaptado: Hackman & Wageman, 2005; Kozlowski *et al*, 1996

Os três modelos coexistem nas empresas, no entanto, tendencialmente predomina um deles.

4.2.3. Papéis do gestor de RH

O gestor de RH, para exercer o papel ampliado que agora lhe é exigido, deve desempenhar múltiplos papéis, nomeadamente a gestão: de estratégias de RH; da transformação e mudança; da infraestrutura da empresa; e da contribuição dos funcionários (Ulrich, 1998; Hackman & Wageman, 2005; Kozlowski *et al*, 1996). Estes papéis são redefinidos por Cunha *et al* (2010) como: especialista administrativo; agente de mudança; campeão dos colaboradores; e parceiro estratégico (figura 2), a que recorremos na grelha de análise para este estudo.

Figura 2. Papéis fundamentais do gestor de RH (estratégico vs operativo)



Cf.: Cunha *et al* (2010)

4.2.4. Competências do gestor de RH

Vários modelos teóricos explicam as competências necessárias a um gestor de RH (Parry, 1998; Cunha *et al*, 2010; Ulrich *et al* 2001; Mário Ceitil, 2006; Bancaleiro, 2007) definidas e utilizadas neste estudo de acordo com Bancaleiro (2007) (tabela 4).

Tabela 4. Domínios de competências do gestor de RH

Conhecimento do negócio

A visão estratégica, o conhecimento dos serviços, a orientação para o utente, a orientação para resultados, a capacidade de alinhar o plano de recursos humanos com o plano global da organização, a elaboração de planos de desenvolvimento de competências organizacionais.

Gestão da cultura organizacional

Criação, influência e medição da cultura e do clima organizacionais, da influência sobre o estilo de liderança e sobre a comunicação organizacional.

Gestão da mudança

A visão no dia-a-dia, o conhecimento das ferramentas de gestão da mudança, o conhecimento de técnicas de desenho organizacional, com competências de teor mais relacional como sejam a capacidade de influência, a comunicação, a liderança.

Credibilidade pessoal

A integridade, ao longo do tempo, de forma continuada, o que será possível se o gestor acreditar e transmitir eficazmente que o seu posicionamento na organização é o de lutar sempre por soluções que tenham em conta os interesses tanto das pessoas como da organização.

Técnicas de RH

a) competências de gestão; b) atração, recrutamento e retenção de talento; c) avaliação do desempenho; d) formação e desenvolvimento; e) remuneração e benefícios; f) relações organizacionais e g) segurança, higiene e saúde.

Adaptado: Bancaleiro, 2007

Bancaleiro (2007) afirma também que, por muito que se sobrevalorize o papel estratégico do gestor de RH nos aspetos mais evidentes, como o conhecimento do negócio e a gestão da mudança, um verdadeiro gestor de RH tem de dominar o essencial das técnicas de RH (tabela 5).

Tabela 5: Domínio de competências “técnicas de RH”

a) Competências de gestão

Os conhecimentos básicos da legislação, o planeamento, os sistemas de informação de recursos humanos, a gestão da mudança, a comunicação organizacional, os sistemas de medição.

b) Atração, recrutamento e retenção de talento

As técnicas de recrutamento e selecção, o acolhimento e integração, o planeamento de carreiras, a gestão activa da retenção, a gestão de contratos com consultores.

c) Avaliação do desempenho

Definição dos objectivos organizacionais, de equipa e individuais, fases de avaliação, plano de desenvolvimento

d) Formação e desenvolvimento

O diagnóstico das competências organizacionais e pessoais chave, a elaboração de um plano de formação, a criação de planos – individuais e colectivos – de desenvolvimento de competências, as metodologias de formação, a avaliação da eficácia.

e) Remuneração e benefícios

A análise e avaliação de funções, a elaboração e análise de estudos sectoriais, a elaboração de planos de recompensa, o reconhecimento e celebração.

f) Relações organizacionais

A liderança de equipas, o coaching, o aconselhamento, a capacidade de influência, a gestão de conflitos.

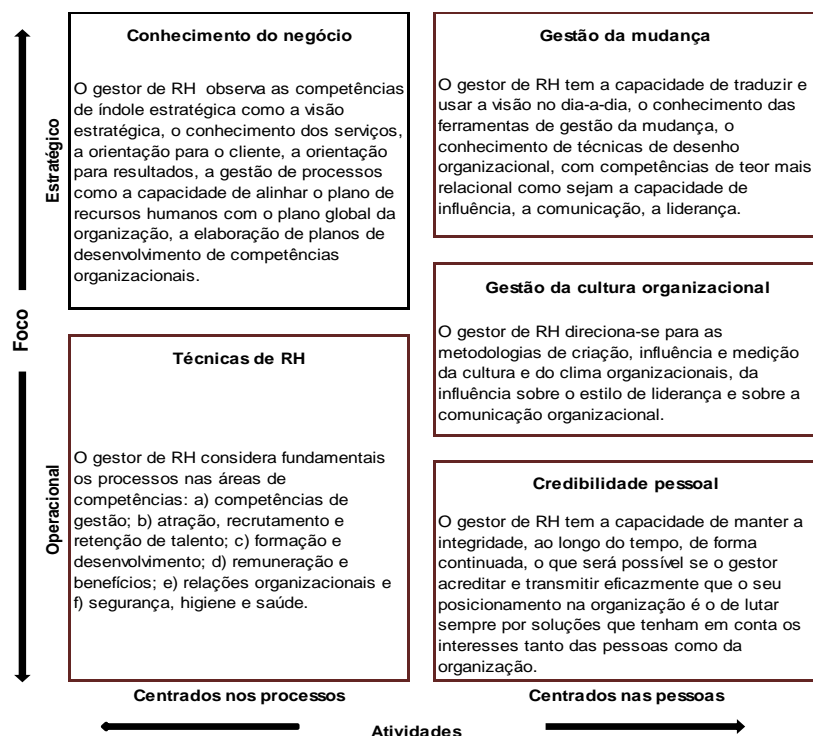
g) Segurança, higiene e saúde

A legislação específica do sector, a gestão dos sistemas de saúde, os programas de segurança, os planos de emergência.

Adaptado: Bancaleiro, 2007

Assim, partindo do princípio que este modelo de competências ilustra as competências que um gestor de RH deve possuir, vai ser utilizado neste estudo, para identificar se os gestores de RH estão mais centrados nos processos ou nas pessoas e se a tendência é mais estratégica ou operacional ou incorpora as duas (figura 3).

Figura 3. Domínios de competências do gestor de RH (estratégico vs operativo)



5. MATERIAL E MÉTODOS

Segundo Yin (2003), quando se pretende, por um lado, responder a questões de investigação “como” e/ou “porquê”, sobre as quais o investigador tem pouco domínio e, por outro lado, quando a análise tem a ver com casos recentes e os comportamentos não podem ser manipulados, então recorre-se ao estudo de caso, socorrendo-se de um plano que se concentra na investigação pormenorizada e aprofundada, no seu contexto natural, de uma entidade bem definida: o “caso”. O estudo de caso tem como objetivo compreender o “caso” no seu todo e na sua unicidade, como um “sistema limitado”, no tempo e em profundidade (Creswell, 2009).

Neste estudo optou-se por um estudo de caso único inclusivo (o modelo de GRH) com uma única unidade de análise embutida (um dos ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – RSLVT) (Yin, 2003).

5.1. Seleção do caso em estudo

Ao escolher o “caso” o investigador estabelece o referencial lógico que orientará todo o processo de recolha de dados (Creswell, 2009) mas, adverte Stake (1995), é importante ter sempre presente que “o estudo de caso” não é uma investigação baseada em amostragem. Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o caso (Stake, 1995), embora a compreensão deste caso possa gerar conhecimento útil para a compreensão de outros casos.

Por isso, a seleção é sempre intencional (*purposeful sampling*), “[...] baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos em vez de critérios probabilísticos” (Bravo, 1998).

Tendo em conta limitações de tempo e recursos, definiu-se como um dos critérios de seleção do caso estudado a sua proximidade da residência da investigadora.

Optou-se, portanto, por um caso único de entre os 22 ACES da RSLVT que tem: i) unidades de saúde familiar (USF) que foram das primeiras a aderir à presente RCSP; ii) USF urbanas e rurais; iii); várias USF do tipo B, o modelo em que há um regime retributivo especial, que integra compensações por desempenho; iv) na sua população concentra grande número de emigrantes; v) população ativa no local de residência mas também uma grande proporção que utiliza o local de residência só como dormitório, deslocando-se diariamente para Lisboa, onde trabalham; e vi) características naturais do concelho que a tornam em zona costeira de veraneio, o que implica acréscimo importante de efetivos populacionais aos residentes habituais, com as características próprias das populações flutuantes por motivo de férias¹.

A caracterização do caso em estudo está refletida na caixa 1 e figura 4.

Caixa 1. **Caso em estudo – Modelo de GRH no ACES em estudo**

A estrutura organizativa dos ACES em geral² e também do ACES em estudo (figura 4), integrado na RSLVT, oferece serviços que são geridos por uma equipa composta pelo seu DE; um Conselho Clínico (CC) representativo dos diferentes grupos profissionais, composto por um Médico de Medicina Geral e Familiar (Presidente), um Médico de Saúde Pública, um Enfermeiro Especialista e um Assistente Social³; várias Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC); uma Unidade de Recursos

¹ Um caso “extremo” na nomenclatura de Patton, 1980 (citado em Bravo, 1998).

² As unidades que prestam cuidados de saúde nos ACES são as seguintes: USF unidade de saúde com autonomia funcional e técnica. A equipa é composta por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos; UCSP unidade que presta cuidados de saúde personalizados à população inscrita em determinada zona geográfica. A equipa é composta por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos não integrados em USF; UCC unidade que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. A equipa é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos; URAP unidade que presta serviços de consultadoria e assistenciais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, não afetos totalmente a outras unidades funcionais; e USP unidade que funciona como observatório de saúde da área geodemográfica dos ACES. A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

³ Para garantir o anonimato do ACES o género dos participantes não é especificado recorrendo-se sempre ao masculino quando nos referimos a estes.

Assistenciais Partilhados/Centro de Diagnóstico Pneumológico (URAP/CDP); uma Unidade de Saúde Pública (USP); e uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG) que detém formalmente as competências da GRH. A dinâmica do funcionamento desta organização depende do entendimento de todas estas equipas.

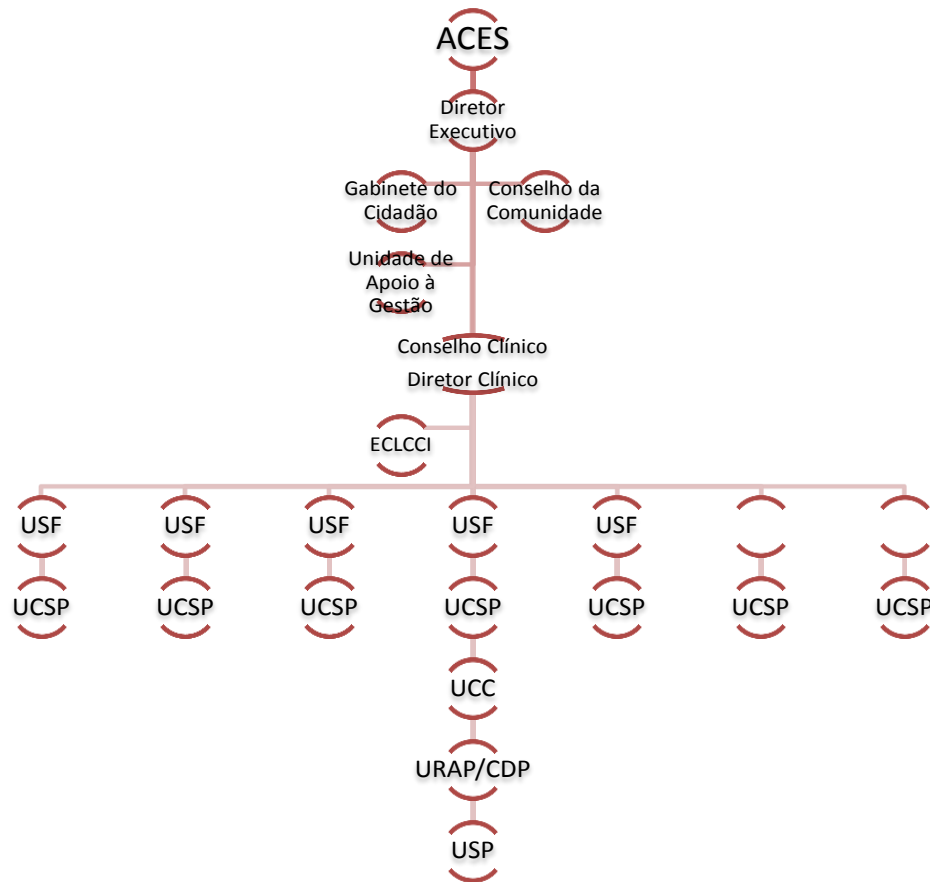
Integrado na Península de Setúbal está num dos seus nove concelhos, abrangendo uma população residente de cerca de 170 mil pessoas (INE, Nov. 2009). A população alvo da ação deste ACES é a população residente, permanente ou provisoriamente, no concelho e as pessoas inscritas nas unidades de saúde do ACES.

Em 2010 (Março) o número médio de trabalhadores do quadro era de cerca de 430 profissionais, distribuídos por médicos (24,9%), enfermeiros (28,9%) e outros profissionais (46,2%). Destes trabalhadores, 325 (75,8%) profissionais integravam as USF e as UCSP.

No âmbito da RCSP foi definida como missão deste agrupamento garantir e prestar CSP de qualidade, adequados e com acessibilidade à população e, com esse, todos os profissionais das unidades funcionais foram convocados a uma nova cultura de trabalho em equipa, com reforço da autonomia e da responsabilidade. No processo de reorganização do ACES ressaltou a necessidade de uma profunda e sensível realocação dos RH, num momento crítico trazido por um número de aposentações anormalmente elevado, num curto período de tempo, e que implicou a necessidade de uma rápida readaptação/readequação/reorganização de procedimentos e de gestão das funções a desempenhar. Sublinhou-se, também, pelo seu papel no processo de gestão dos ACES, a necessidade de garantir a fixação e estabilização de funções, de competências e de recursos da UAG e da sua relação com a ARSLVT/Sede. Dar-se-ia ainda continuidade ao desenvolvimento do processo de contratualização interna com as unidades funcionais. A formação e o desenvolvimento profissional, bem como a formação pré e pós-graduada continuariam a ser privilegiadas como áreas estratégicas fundamentais e de investimento presente e futuro. Por último, para o cumprimento da missão do ACES, era o sistema de informação, cuja falta de agilidade, rigor e eficiência e mesmo desadequação continuava a ser um dos maiores e mais negativos *handicap* que poderia pôr em causa o cumprimento do próprio plano de atividades do ACES, ao qual iriam conferir prioridade absoluta.⁴

⁴Mais uma vez, para manter a confidencialidade do ACES em estudo não se dá a referência bibliográfica de onde se extraiu esta informação.

Figura 4. Estrutura organizativa do ACES em estudo



5.2. Técnica de recolha de dados

Os estudos de caso podem recorrer a múltiplas técnicas de recolha de dados, tais como o relato do acontecimento vivido, observação direta, entrevistas, grupos focais, etc. (Yin, 2003).

A opção para este estudo foi a realização de um grupo focal porque a dinâmica dos grupos focais, está centrada num determinado foco relacionado com o tema de pesquisa que é discutido pelo grupo nas suas mais diversificadas dimensões possíveis dentro de um processo de interação e participação dos envolvidos (Trentini & Gonçalves, 2000). Leopardi *et al* (2001) complementam o conceito, definindo esta técnica como a busca de informações não de um indivíduo, mas de um grupo já existente ou formado especificamente para um período destinado à recolha de dados, que se reúna em torno de um interesse relacionado com o tema da investigação. O foco não se encontra na análise dos conteúdos manifestos nos grupos, mas sim no discurso que permite inferir o sentido oculto, as representações ideológicas, os valores e os afetos vinculados ao tema investigado. Os dados obtidos com o uso do grupo focal são ricos, pois possibilitam capturar expressões e formas de linguagem não apreensíveis por outras técnicas.

Face ao exposto, dada a especificidade e a relativa novidade do tema em estudo, e sendo a definição dos participantes que fazem parte do grupo focal uma tarefa considerada importante, porque devem ter pelo menos um traço em comum para o estudo proposto, optou-se pelos diferentes olhares de um grupo de diferentes níveis de gestão de um ACES.

O grupo focal foi conduzido por uma facilitadora (autora desta dissertação) e uma co-facilitadora (com experiência anterior na condução de grupos focais).

O grupo estudado contou com a participação de cinco intervenientes: o DE (médico), o Presidente do Conselho Clínico (PCC) (médico de Medicina Geral e Familiar), Vogal do Conselho Clínico (VCC-E) (enfermeiro), Vogal do Conselho Clínico (VCC-SP) (médico de Saúde Pública) e o Responsável pela Unidade de Apoio à Gestão (R-UAG) (gestor)⁵.

A discussão, gravada, foi orientada por um guião (em anexo I).

A marcação para o grupo focal foi efetuada por telefone para o ACES selecionado e o estudo foi explicado por *e-mail* quando foi também enviado o guião.

A sessão foi conduzida numa sala de reuniões, da sede do ACES em estudo, no dia 14 de Junho de 2012 e teve a duração de um pouco mais de três horas.

5.3. Técnica de tratamento dos dados

A gravação foi transcrita e texto sujeito a análise de conteúdo qualitativa e categorial (Bardin, 2009; Ghiglione & Matalon, 1992; Carmo & Ferreira, 1998). Não serão apresentados dados relativos à frequência das diferentes categorias porque se pretende compreender os aspetos referidos pelos intervenientes que concorrem para a compreensão dos processos de GRH no ACES, bem como quais são os aspetos mais pertinentes com que estes responsáveis se confrontam.

O *corpus* da análise foi constituído pelas partes transcritas da discussão que correspondiam às respostas às questões colocadas no guião.

Tratando-se de uma discussão orientada por um guião, as categorias encontravam-se definidas *a priori* (Anexo II).

A unidade de registo é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza, colocando-o numa dada categoria (Vala, 1986). Nesta análise, a unidade de registo foi a frase. A unidade de contexto, definida pelo mesmo autor como o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina

⁵ Por necessidade de garantir o anonimato não se especificam com mais detalhes os participantes no grupo focal.

quando caracteriza uma unidade de registo (Vala, 1986) foi o parágrafo, ou parágrafos, em que a unidade de registo se inseria.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Todos os dados recolhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos intervenientes. Todos os intervenientes foram informados dos objetivos da investigação e foi-lhes solicitada verbalmente autorização para gravar a entrevista. Foi garantida, aos intervenientes, a divulgação de resultados de forma a não revelar a identidade destes. Atendendo a este fato, a transcrição da discussão (o *corpus* da análise) não foi anexada a este trabalho.

7. RESULTADOS

Os resultados são apresentados segundo os seguintes critérios: i) a apreciação dos participantes da situação do ACES antes e depois da reforma – análise da situação; e ii) os resultados associados a cada um dos objetivos da investigação. Quando se fazem citações, no fim da citação, é indicada a fonte da citação.

7.1. Análise da situação – antes e depois da reforma

Antes dos ACES eram as sub-regiões que faziam a gestão da rede de CS, mas estavam muito longe desses CS:

- *“as sub-regiões estavam muito longe do sítio onde as coisas acontecem e, portanto, era preciso [aproximá-las da] gestão [...] local”* (DE).

A criação dos ACES visava “desconcentrar” a gestão e permitir que a tomada de decisões sobre os recursos essenciais se deslocasse das sub-regiões para os ACES. Com este propósito, o agrupamento em estudo foi constituído em 2009:

- *“nós [os ACES] existimos a partir de Fevereiro de 2008 [...] mas nós [o ACES em estudo] só fomos criados em [...] 2009”* (VCC-SP).

No processo de reorganização do ACES ressaltou a necessidade de uma profunda e sensata realocação dos RH, num momento crítico com um número de aposentações anormalmente elevado, num curto período de tempo:

- *“no contexto da região [...] neste contexto de crise, [...] houve saídas imensas em termos de pessoas que tinham know-how”* (DE).

e que implicou a necessidade de uma rápida readaptação/readequação/reorganização dos procedimentos e das funções a desempenhar.

Sublinhou-se, também, pelo seu papel no processo de gestão dos ACES, a necessidade de garantir a fixação e estabilização de funções, de competências e de recursos da UAG e da sua relação com a ARSLVT/Sede:

- “Os meios e recursos das ex-“sub-regiões de saúde” deveriam ser realocados às unidades de apoio à gestão (UAG) dos ACES” (DE).

Assim, a estrutura e a estratégia estavam desenhadas para só pô-las a funcionar, no entanto, as expectativas fracassaram e, neste momento, o ACES sente-se ainda mais distante da ARS que antes da RCSP:

- “digo-o com mágoa que [...] neste momento, eu estou mais longe [...] do que estava antes” (DE).

O Decreto-Lei 28/2008 que criou os ACES estabelece que: “Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), estando sujeitos ao seu poder de direção”. A interpretação dos juristas da ARS e dos seus consultores, do sentido da expressão “serviços desconcentrados”, levou a que os ACES passassem a ser considerados departamentos da ARS:

- “e o 28 diz que os ACES são serviços desconcentrados e depois foram ver o que quer dizer isso e os juristas dizem [que] desconcentrado não tem nem autonomia, nem delegação, nem descentralização e [o] papel que nos tem sido atribuído é dum serviço desconcentrado, que não é mais do que um departamento da região” (DE).

Logo, a ARS passou a centralizar as funções cometidas aos ACES e, consequentemente, os processos relacionados com os RH, no que se refere à UAG:

- “a ARS centralizou, criou [...] esta mega função/mega funções na Região, nas quais [em relação aos] recursos humanos, praticamente, nos deixam um papel residual de plataforma de passagem de informação que depois vai para Lisboa ... tem a ver com a própria filosofia da administração pública” (DE);
- “a grande organização que está em Lisboa [...] não se preocupa muito com os aspetos, [...] de qualidade que aqui estão previstos e de adequação e de composição da [força de trabalho] face [...] aos objetivos e processos, etc., porque também lá aquilo funciona um bocado, enfim, administrativamente [...] portanto, somos de fato uma empresa mas temos estas idiossincrasias, e estas limitações, e este contexto que eu digo assim ... mas eu não giro grande coisa, ou quase nada” (DE).

O preâmbulo do DL nº 28/2008 releva: “Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados entre o DE do ACES e o Conselho Diretivo da ARS pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos afetos ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução”.

Estes contratos-programa nunca foram implementados:

- “nós tivemos uma certa esperança [...] que num contrato-programa [...] fossem estabelecidos recursos [...] financeiros, humanos, etc. com autonomia temporizada, não sei, um contrato-programa para “x” tempo e com capacidade para [decidirmos] sobre ele [...] mas a região nunca quis avançar por essa via [...] que era uma via de dar a volta um pouco à tal ideia que a Deloitte⁶ dizia que: não senhor, não podem ter nenhum dinheiro porque são um serviço desconcentrado; mas [fazer] um contrato-programa era uma [...] contratualização [...] feita para determinados objetivos e com determinados recursos que eram postos à [nossa] disposição [...] mas isso não [aconteceu]” (DE).

⁶ Empresa de consultadoria que apoiou a ARS na operacionalização do Decreto-Lei 28/2008.

7.2. Resultados por objetivos definidos para a investigação

7.2.1 Definir o modelo organizacional do ACES

Para responder a este objetivo de investigação, os participantes foram convidados a comentar sobre o principal mecanismo de coordenação que predomina, quem detém o poder de tomada de decisão e qual é a tendência da organização do trabalho no ACES.

Partindo do pressuposto que em cada organização existe uma **maneira principal pela qual a organização coordena o seu trabalho**, os participantes identificaram a existência de um processo simples de comunicação informal, em que os especialistas têm a capacidade de se adaptarem uns aos outros:

- “normalmente os médicos e os enfermeiros estão muito próximos [de mecanismos de coordenação por ajustamento mútuo]”, o funcionamento de uma USF não se pauta tanto por aquela forma rígida mas por uma constante troca que permite melhorar, que permite afinar, que permite encontrar outros caminhos dentro da estrutura da USF” (DE);
- “em enfermagem de saúde materna [...] defendemos que há coisas de saúde materna que a enfermagem pode fazer [...] a própria médica responsável [...] a representante dos médicos, concorda [...] mas a ordem dos médicos não concorda, portanto, é o ajustamento mútuo ...” (VCC-E).

Na discussão os participantes discordaram sobre que **parte da organização detém o poder da tomada de decisão**:

- “O ACES conta com uma linha hierárquica de descentralização vertical limitada e é fortemente controlado pelos gestores intermédios (coordenadores e responsáveis)” (PCC);
- “os coordenadores ... e os responsáveis das unidades [...] não sei” (VCC-E);
- “as decisões sobre finanças só vêm do topo [...] não se pode falar do ACES como uma organização” (PCC);
- “a ARS é que tem o poder de contratar, enfim está a controlar tudo [...] aqui não se decide [...] há uma série de coisas que estão num sítio e outras que estão noutra” (DE).

Alvitra-se uma vontade política de vir a juntar ACES, que se traduz na redução do seu número:

- “estão a juntar os ACES e que eu saiba não é a pensar a atribuir-lhe [o poder de tomada de decisão] que nós pensávamos que ia acontecer e que agora vê-se que não pode acontecer neste nível [...] eu discordo mas, enfim [...] neste país só há cinco ACES [...] são [as] cinco regiões!” (DE).

Em cada organização existe ainda um tipo diferente de **centralização/descentralização**, que no concernente à organização dos postos de trabalho, segundo o DE, tende para uma especialização horizontal (divisão do trabalho) num ambiente complexo mas estável.

7.2.2 Especificar e descrever o modelo de produção que predomina no ACES

Para responder a este objetivo de investigação, os participantes foram convidados a pronunciarem-se sobre como é realizada a organização do trabalho, que modelo de RH predomina, qual é o sistema de informação/comunicação e de que forma participam e se relacionam os RH no ACES.

A **organização do trabalho** no ACES é realizada através de uma divisão vertical do trabalho flexível, trabalho em grupo, rotação de tarefas e polivalência limitada:

- “acho que sim porque não se pode pedir tudo a todos [...] e, às vezes, pede-se tudo aos mesmos ...” (R-UAG);
- “são os que fazem! Qual é a alternativa? [...]” (DE).

Em relação ao **perfil de RH**, são considerados:

- “qualificados [...] são normalmente médicos, enfermagem, administrativos e [...] psicólogos, assistentes sociais nutricionistas (poucos) e, [...] assistentes operacionais [...] com uma baixa proporção de trabalhador indireto [...] em função da polivalência limitada” (DE).

Sobre o **sistema de informação/comunicação**, foi mencionado que:

- “nós estamos abertos a tudo ...” (R-UAG);
- “o sistema de informação/comunicação processa-se de forma fluída [comunicação descendente, ascendente, horizontal ou lateral, e diagonal]” (DE).

Sobre a forma **como participam e se relacionam os RH no ACES** existe uma participação direta e as relações de trabalho são de cooperação.

7.2.3. Especificar e descrever o modelo de GRH que predomina no ACES

Para responder a este objetivo de investigação, os participantes foram convidados a discutir a principal função da GRH, o âmbito da ação da GRH, a participação do responsável pelos RH e o tipo de profissionais que integram a equipa que gere os RH.

Os profissionais que integram, na UAG, a equipa que gere os RH são:

- “um coordenador técnico e duas administrativas” (PCC);
- “que gere?” (R-UAG);
- “essa equipa não gere [...] é a equipa executora [...] dos processos administrativos [...] as técnicas de que falámos” (PCC);
- “com preparação na área jurídica [...] não há” (R-UAG);
- “mas pode haver vários especialistas em recursos humanos na área dos concursos, na área” (DE).

Concluindo e de acordo com o DE, o ACES conta com vários especialistas, por exemplo, em concursos e com uma equipa executora no que se refere a RH, mas não existe um gestor de RH.

Portanto, a GRH no ACES cinge-se à aplicação da regulamentação jurídica e de normas internas, garantido as operações administrativas necessárias ao funcionamento da organização. Esta gestão é partilhada entre os gestores de topo, os gestores intermédios e os próprios colaboradores:

- *“nada se faz que não inclua os colaboradores”* (PCC);
- *“imagino o chefe como o responsável máximo da GRH”* (VCC-SP);
- *“mas também pode delegar [...] entre os gestores [...] sim, partilha com os colaboradores”* (PCC).

Existe também uma preocupação com o enriquecimento e o alargamento de tarefas e o ajustamento dos RH às previsíveis necessidades da organização:

- *“a função pessoal é responsável pelo alargamento e o enriquecimento de tarefas e o ajustamento às previsíveis necessidades”* (DE);
- *“não é que não haja a preocupação das tarefas definidas e concebidas de acordo com os objetivos do ACES, mas [...] os atestados médicos, as faltas, etc., obrigam a que constantemente haja ajustamentos, o que vai para além dos objectivos, não deixando cair as tarefas que estavam previstas em função dos objetivos, mas acrescentando trabalho”* (VCC-SP).

7.2.4. Especificar e descrever os papéis de GRH que os responsáveis pelos RH desenvolvem no ACES

Na ausência de um gestor de RH, a discussão deste tema foi especulativa. Um gestor de RH deveria ajudar a **alinhar as iniciativas de RH com os objetivos estratégicos da organização**:

- *“nem podia ser de outra maneira se isto fosse uma organização mesmo [...] tinha que ser ao máximo e então nós que somos recursos humanos intensivos”* (DE).

Deveria também **ajudar a organização e as pessoas a adaptarem-se à mudança** que advém das regulações governamentais, do ambiente externo, entre outras:

- *“mas num quadro de certa forma normativo [...] acho que é fundamental”* (PCC).

Um outro papel é aquele em que o gestor de RH **levaria a cabo processos eficientes (recrutamento, seleção, formação, compensação e benefícios, gestão do desempenho) utilizando novas tecnologias e processos melhorados**:

- *“são as técnicas que obviamente têm uma importância determinante que elas sejam alinhadas”* (DE).

O último papel é a tal preocupação das necessidades dos empregados, ou seja, **ao mesmo tempo que maximiza a contribuição e o empenhamento dos empregados também vai respondendo às suas necessidades**:

- *“acho que é fundamental”* (DE).

7.2.5. Especificar e descrever as competências de GRH que os responsáveis pelos RH desenvolvem no ACES

Para responder a este objetivo de investigação, foram apresentadas as competências necessárias a um gestor de RH aos participantes e foi-lhes pedido que mencionassem a importância que, cada uma delas, poderia vir a ter se existisse um gestor de RH.

7.2.5.1. Domínio de competências: conhecimento do negócio

Um gestor de RH teria que ter:

- *“o conhecimento máximo sobre o negócio”* (PCC);
- *“ninguém valoriza [o que fazemos: atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados na doença] que é a mais-valia de saúde [...] sabe, não há nenhum fator que nós classificamos o que é que resultou [...] o que produzimos [...] pode ter resultados ou não e “obviamente [...] tem que haver uma relação clara entre os elementos e aquilo que o negócio [prestação de cuidados de saúde primários] exige para o cumprir”* (DE).

Para tal, as competências mais importantes são:

- *“a orientação para o cliente e a orientação para os resultados”* (todos).

7.2.5.2. Domínio de competências: gestão da cultura organizacional

Sobre a gestão da cultura organizacional seria preciso:

- *“criar o espírito de corpo e que as pessoas assumissem a sua missão”* (DE);
- *“que vestissem a camisola”* (PCC),

sendo a competência mais importante:

- *“a comunicação organizacional”* (PCC).

7.2.5.3. Domínio de competências: gestão da mudança

Sobre a gestão da mudança, seria importante:

- *“conseguir que a reforma se concretizasse e que não se pervertesse”* (DE),

sendo a competência mais importante:

- *“as ferramentas de gestão da mudança”* (DE e R-UAG).

7.2.5.4. Domínio de competências: credibilidade pessoal

Sobre este domínio:

- *“é importante o ter-se em conta os interesses tanto das pessoas quanto da organização, tentar articular [...] que se traduz no acreditar e transmitir também [...] sim [...] integridade e acreditar”* (DE),

como as competências mais importantes.

7.2.5.5. Domínio de competências: técnicas de RH

7.2.5.5.1 Competências de gestão

Em termos de competências de gestão, no ACES:

- “é mais uma gestão burocrática” (DE),

muito partilhada entre o ACES (focada na aplicação da legislação laboral), a ARS e a ACSS, que concentra as outras mais competências (planeamento do quadro do pessoal, sistemas de informação, sistemas de medição, ...) (tabela 6), com o apoio do ACES para, por exemplo, avaliações, relatórios e balanço social.

Tabela 6. Competências de gestão

TÉCNICAS DE RH	ACES	ARS	ACSS	Outros níveis hierárquicos
Competências de gestão				
aplicação da legislação laboral	✓	✓		
planeamento do quadro do pessoal			✓	
sistemas de informação de RH			✓	
sistemas de medição de RH	✓	✓		
comunicação organizacional	✓			

7.2.5.5.2 Atração, recrutamento e retenção de talento

Mais uma vez os ACES não têm nenhum tipo de intervenção no **recrutamento e seleção** do seu pessoal:

- “esses recursos não somos nós que os escolhemos, não somos nós que, face aos objetivos, os definimos e selecionamos [...] são-nos impostos [...] é uma filosofia geral, que nos deixa pouca margem de manobra, quer dizer que os médicos vêm de uma forma, os enfermeiros vêm de outra forma e depois o nosso papel de gestão é um pouco tentar [...] o melhor possível com os recursos que nos vêm cair.” (DE).

Acresce também à ACSS, em termos de tomada de decisão, os estágios profissionais:

- “são os números que a ACSS diz [...] vais ter 50 internos e mandam-nos [...] dizem-nos logo assim: «tu vais receber uma assistente social, tu vais receber um nutricionista», tu vais receber não sei quê [...] é assim [...] não é porque a gente precise e vá pedir” (PCC).

Quando há concursos:

- “nós não somos nem perdidos nem achados, [nem integramos] o júri” (PCC).

Esta realidade leva a:

a. recrutamentos irrelevantes:

- “por exemplo, quando [...] a ARS de Lisboa, abriu concurso [...] para [...] especialistas e esqueceram-se de dizer que eram especialistas de medicina geral e familiar; às tantas, as empresas [outsourcing], para cumprirem [com o critério de] especialista, foram arranjar higienistas, dentistas, radiologistas, cardiologistas para fazer medicina geral e familiar, que depois tivemos de contestar” (DE).

b. recurso a trabalho temporário, não alinhado com os objetivos e cultura do ACES:

- “empresas que fornecem serviços [...] têm médicos ou enfermeiros [...] nós aí pomos as condições genéricas porque eles são da empresa [...] nós nem sequer temos, propriamente nenhuma relação direta com o profissional é com a empresa, a empresa é

que tem de cumprir o que está ali definido [...] cheguei a ter meses de ter 50 médicos que vinham cumprir horas [...] é o trabalho temporário [...] e vão sempre prorrogando [...] prorrogando [...] prorrogando” (DE).

A **subcompetência “acolhimento e integração** tem a ver com o processo de entrada de um trabalhador que começa na socialização – no ACES não integra recrutamento ou selecção. Não há um manual de acolhimento e o que se faz é facultar documentos soltos, como o relatório de atividades. O acolhimento é feito dentro da unidade para a qual o trabalhador vai exercer funções:

- *“a norma é dentro de cada unidade” (R-UAG).*

Esta situação resulta:

- *“em grupos como o de enfermagem, que têm uma organização bastante preocupada com a integração, as outras áreas não tanto, o médico [...] numa USF [...] integra-se numa equipa e eles são solidários [...] a mesma falta fazia, o acolhimento para essas pessoas [...] para transmitir as nossas regras” (DE).*

Na **subcompetência “planeamento de carreiras”** é feito ao nível do Ministério de Saúde:

- *“o planeamento de carreiras [...] isso é feito ao nível do MS” (PCC).*

Na **subcompetência “retenção de talento”**, a preocupação para reter os profissionais mais qualificados não existe:

- *“nem sei se alguém fará” (C-F);*
- *“e nem a região faz [...] ninguém tem esta preocupação [...] deixa-os fugir” (VCC-E);*
- *“deixa-os fugir [...] a retenção de talento não se faz” (R-UAG);*
- *“há alguma preocupação [...] tem havido uma preocupação com os internos, pelos responsáveis, em termos de enfermagem” (PCC).*

Na **subcompetência: “gestão de contratos com consultores”** é feita pela ARS:

- *“isso é a nível da região” (PCC);*
- *“sim é a região” (DE).*

7.2.5.5.3 Avaliação do desempenho e recompensas

A avaliação do desempenho está centrada no SIADAP e na contratualização.

O SIADAP avalia objetivos individuais e não se aplica a todos os grupos ocupacionais:

- *“até agora só tem sido aplicado [...] a determinado pessoal [...] está agora em fase de início de aplicação à enfermagem e aos médicos também; já saiu a legislação mas ainda não vai ser possível implementar este ano [...] só tem sido [aplicado a] administrativos, técnicos superiores e assistentes sociais” (DE).*

Existem dificuldades na aplicação do SIADAP que estão por resolver, tanto no que refere à interferência da ARS nas ponderações, às “quotas” de classificações relevante e excelente como no que se refere à atribuição de incentivos e recompensas:

- *“interferências, digamos assim, no fundo eles fazem a interpretação da lei, a lei permite, por exemplo, que as competências possam ter pesos diferentes, ponderações diferentes, mas eles*

disseram lá de cima [ARS] este ano, as competências são iguais, não são ponderadas, são iguais para todos” (DE);

- “nós temos as quotas e, portanto, não pode haver mais do 25% que tenham relevante e agora vamos lá ver como é que a gente aplica em unidades que vivem uma aqui, outra ali [...] e onde têm [...] não sei quantos administrativos porque está a ser aplicada a administrativos e centros operacionais e agora a gente diz: as quotas vão ser aplicadas por unidade? vão ser aplicadas no conjunto dos cento e tantos administrativos? vão ficar concentrados, os relevantes, em termos de unidades ACES? ou será mais justo serem distribuídos por cada uma das unidades? mas as unidades também não são homogêneas, umas são melhores outras são piores, e aqui debatemo-nos como é que devemos aplicar isso” (DE).

teoricamente, há incentivos no SIADAP para quem tem excelente e:

- “até há passagens de nível na carreira ...” (PCC), e “também pode ser dinheiro [...] dinheiro distribuído [...]. Em 2008⁷, houve dinheiro que ele [o SIADAP] distribuiu por “x” elementos” (DE).

Relativamente à contratualização, a participação dos ACES não é tida em conta pela ACSS:

- “nós temos uma coisa que eles chamam contratualização do ACES com uma empresa em que temos uma listagem de indicadores, que são escolhidos por eles [...] e nós também integramos isso no nosso plano de atividades porque nos são impostos [...] na prática não têm a ver com as necessidades de saúde locais [...] que são aceites como objetivos, neste caso, de 22 ACES, portanto que é a nossa região. Depois tivemos acesso aos relatórios todos [...] são propostos objetivos díspares de uma disparidade imensa entre ACES” (VCC-SP).

Os incentivos intrínsecos à contratualização são individuais (para o indivíduo) e os institucionais:

- “institucionais são para o grupo ou para a instituição [...] de qualquer maneira, nós não temos usado mas estamos a pensar, este ano, se a lei permitir e se tivermos incentivos institucionais [...] fazer uma formação para o grupo mas, pronto, são situações assim [...] nós temos sempre direito aos incentivos, mas pode ou não haver dinheiro para pagar os incentivos” (PCC).

Apesar desta situação, existe alguma autonomia quanto à **“análise e avaliação de funções”** desde que respeitem o perfil que a ARS emanou para cada grupo ocupacional:

- “aquilo que nós temos é um perfil de funções [...] a ARS emanou um perfil de funções de cada profissional [...] as tarefas dentro de cada função [...] dentro de cada grupo, eu acho que se faz [a avaliação de funções] eu faço no gabinete de gestão de informação” (PCC).

7.2.5.5.4 Formação e desenvolvimento

Tudo o que diz respeito à **“formação e desenvolvimento”** está altamente centralizado:

- “tudo que tem a ver com a formação e desenvolvimento, é tudo a ARS” (DE);
- “até a formação, as necessidades de formação não são tratadas cá” (R-UAG);
- “quer dizer que a ARS, sem auscultar os ACES, decide quais são as necessidades de formação” (C-F);
- “eles perguntam [...] mas depois fazem o que querem” (DE);
- “eles fazem sugestões, num dado momento, e depois elaboram um plano de ação para o ACES” (VCC-E).

⁷ O SIADAP foi estabelecido na Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro.

Esta formação centralizada pela ARS é complementada por formação em serviço, nos ACES, e por outras oportunidades de formação *ad hoc*:

- *“aquela formação das reuniões clínicas, de apresentação de trabalhos, no caso de médicos em cada unidade [...] aquela formação mais interna [...] os médicos fazem [...] os enfermeiros também fazem de acordo com as áreas e com as temáticas que se consideram necessárias”* (R-UAG);
- *“há também uma realidade [...] só para conhecerem [...] mas que é muito prevalente, que são as ações dinamizadas por laboratórios, por associações, etc., que muita gente vai saindo durante o ano para fazer um ou dois dias de formação na firma tal [...] na firma tal, que tem o valor que tem [...] umas têm mais mérito, outras menos”* (DE);
- *“algumas são boas [...] mas não é uma resposta de um Plano de Formação”* (PCC);
- *“é aproveitar oportunidades de formação”* (R-UAG);
- *“que vai fazer formação no instituto [...] alguém que está a fazer um curso [...] ou há necessidade de aprofundar um determinado assunto [...] ou porque é novo, ou porque evoluiu e faz gestão de “up” [...] essa gestão depois da formação”* (R-UAG).

Quanto à **“avaliação da eficácia da formação”**, não é feita no ACES:

- *“também não é feita, de momento, por nós”* (PCC);
- *“e eu não sei se isso se faz”* (DE);
- *“se se refere à avaliação dos resultados da formação, isso a gente não faz, é só a avaliação das condições logísticas, etc.”* (PCC);
- *“os resultados de fato não são exigidos”* (DE).

Também não há a preocupação em tentar que um profissional, que vai a uma determinada ação de formação, aplique internamente essa formação:

- *“era suposto haver essa responsabilidade”* (DE);
- *“só pontualmente [...] só pontualmente”* (R-UAG).

7.2.5.5 Remuneração e benefícios

Na subcompetência **“remuneração e benefícios”**, o ACES não tem nenhuma intervenção em termos de remuneração, a remuneração é definida na lei:

- *“aquela que está na lei [...] a remuneração da lei”* (DE).

E os incentivos:

- *“estamos a falar só de USF [...]. Isso era um desejo nosso [...] «isto depois vai ser alargado»”* (DE).

A **“elaboração e análise de estudos setoriais e de planos de recompensa”** não são efetuados no ACES:

- *“isso nós não fazemos [...] é tudo feito pela região [...] mas a decisão é com a ACSS”* (PCC);
- *“quer dizer, as USF têm este ambiente [...] aliás, está em fase de mudança, neste momento”* (DE);
- *“e para as USF só [...] embora a ACSS tenha um grupo das metodologias de contratualização*

em que integra os responsáveis dos departamentos de contratualização, portanto, é um grupo de trabalho com as cinco ARS, com os seus departamentos de contratualização, mas o patrão é a ACSS” (PCC).

7.2.5.5.6 Relações organizacionais

Nas “**relações organizacionais**”, as questões relacionadas com o *coaching*, o aconselhamento e a gestão de conflitos:

- *“não é só o responsável é muito também os coordenadores das unidades [...] é sempre o coordenador/responsável” (R-UAG).*

Relativamente à gestão de conflitos é feita em cada unidade, pelo coordenador da unidade:

- *“e às vezes extravasa [...] ou para aqui [...] ou para o responsável da UAG [...] ou para mim [...] ou para os enfermeiros-chefes” (DE);*
- *“na gestão de conflitos, temos aqueles muito graves que vão a processo disciplinar, que implica o diretor de recursos humanos e a ARS [...] ou os conflitos internos habituais que são dentro de cada grupo funcional” (PCC).*

7.2.5.5.7 Segurança, higiene e saúde

O ACES não tem serviços de “**segurança, higiene e saúde**”, não conta com medicina do trabalho, não tem planos de emergência, não implementa simulações de incêndio ou outras situações, não tem pessoas preparadas para agir em situações de emergência:

- *“nós, ao contrário do que a lei diz, sendo uma empresa deste tamanho não temos sequer serviços de higiene e segurança, estão agora a ser formados na região [ARS], aliás que lhe compete, sendo ela a organização [...] estão a exigir à ARS que ou fazem ou são multados, portanto, eles estão exatamente a elaborar isso” (DE);*
- *“temos aqui uma enfermeira que esteve a fazer, na altura, um regulamento qualquer, [...] um plano de emergência⁸ aqui para a unidade” (PCC);*
- *“já tivemos símbolos de segurança⁹ (R-UAG);*
- *“temos mais de 200 empregados [...] as placas informativas existem nos edifícios [...] isso aí está garantido” (DE);*
- *“temos as plantas, os extintores [...] e para manusear os equipamentos [...] se existem pessoas, são muito poucas” (R-UAG).*

Mas conta com um sistema de controlo de acidentes de trabalho:

- *“a participação de acidentes, por exemplo, acidentes dos profissionais, o que temos é, em termos de controlo de infeção e outros, de saúde ocupacional, temos um sistema de controlo de acidentes de trabalho, onde se incluem quer as quedas e qualquer tipo de acidente [...] e quem tem essa responsabilidade é os recursos humanos e a saúde ambiental também. Há situações em que interfere a saúde ambiental” (R-UAG);*
- *“que está dentro da unidade de saúde pública, que é uma unidade funcional” (C-F).*

⁸ Por exemplo, atuação em situação de incêndio (simulações de incêndio).

⁹ No interior e exterior das instalações da organização, devem existir formas de aviso e informação rápida: sinais de perigo, de proibição, de obrigação, de emergência, ...

7.2.6. Esclarecer o posicionamento da GRH no ACES (se estratégico e/ou operacional)

Este objetivo de investigação está analisado na discussão, depois de discutidos os papéis e as competências a fim de se entender se, a intervenção dos responsáveis pelos RH no ACES, é mais estratégica ou operacional ou incorpora as duas.

7.2.7. Identificar as forças e fraquezas do(s) modelos(s) seguidos

Para responder a este objetivo de investigação, os participantes responderam a uma análise SWOT (tabela 7) onde identificaram forças e fraquezas da GRH no ACES.

Tabela 7. Análise SWOT

Forças	Fraquezas
Cultura de equipa	Ausência de uma GRH estratégica
Multidisciplinaridade	Ausência de Sistemas de informação adequados para apoiar a organização e a gestão
Compromisso e responsabilização	Falta de RH no ACES
Gestão por objectivos	Deficiente comunicação organizacional
Oportunidades	Ameaças
Centrar o sistema de saúde nos CSP	Ausência de normalização do processo de recolha de informação
Sistemas de informação adaptados às necessidades locais / ligação em rede	Ausência de modelo de financiamento alinhado pelo desempenho e produtividade
Modelo retributivo com base no desempenho	Ausência de planeamento de RH
	Ausência de validação dos resultados

8. DISCUSSÃO

Neste estudo aborda-se o tema da GRH a nível dos cuidados de saúde primários, tema que tem sido abordado em algumas publicações associadas com as reformas que, desde 1970, têm vindo a ocorrer no sistema de saúde português (Biscaia *et al*, 2003A; Biscaia *et al*, 2003B; Biscaia *et al*, 2004; Biscaia *et al*, 2006; Conceição *et al*, 2000; Conceição *et al*, 2001; Conceição *et al*, 2003; Conceição *et al*, 2005; Conceição *et al*, 2007A; Conceição *et al*, 2007B; Gonçalves *et al*, 2000; Hipólito *et al*, 2002).

Com esta dissertação cumpriram-se os objetivos especificados: caracteriza-se a organização, gestão e GRH no caso em estudo.

8.1. Configuração organizacional do ACES

O primeiro conjunto de resultados diz respeito à **configuração organizacional do ACES**. Destaca-se a capacidade dos profissionais e técnicos especializados se adaptarem uns aos outros (ajustamento mútuo) no desenvolvimento do seu trabalho. No entanto, na organização dos postos de trabalho, a tendência para uma especialização horizontal num ambiente complexo mas estável leva a que, embora se adaptem uns aos outros, não se possa pedir tudo a todos. A adhocracia latente no desenvolvimento do trabalho é contrariada pela burocracia profissional presente na organização dos postos de trabalho, tendências também identificadas por Biscaia nos seus

estudos sobre satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses, no contexto da RCSP (Biscaia 2010).

Na tomada de decisão, por o controlo se processar através de uma descentralização vertical, empurra a organização para a estrutura divisionalizada de Mintzberg, 2010. Na descentralização vertical, a organização transmite a cada departamento os poderes básicos para tomar decisões, mas não se estende além disso – descentralização limitada. Neste caso, a ACSS tem um papel importante no controlo das ARS que, por sua vez controla os departamentos – ACES –, contudo são os ACES que gerem as atividades. A ACSS e/ou a ARS desenha(m) e contratualiza(m) os objetivos globais e planeia(m) a estratégia global da organização, controla(m) os ACES através dos seus desempenhos ao avaliar(em) os seus resultados, decidir(em) sobre a sua formação e desenvolvimento e sobre o recrutamento e seleção do pessoal, assim como propõe(m) práticas financeiras e gere(m) recursos. Entende-se assim, de acordo com os resultados, porque os coordenadores e responsáveis das unidades funcionais não controlam fortemente e porque as decisões vêm do topo. Entende-se, também, porque disseram que os ACES são departamentos da ARS.

Segundo Mintzberg (1983), nas organizações de saúde, quando o ambiente é estável e o trabalho a realizar é complexo, a burocracia profissional é a configuração estrutural mais adequada. Estas estruturas possuem algumas características que podem considerar-se no mínimo problemáticas em contexto de mudança. Por um lado, a normalização, se permite que os vários profissionais aperfeiçoem as suas especialidades constitui, por seu turno, um entrave à mudança. Esta dificuldade para a inovação reflete-se na RCSP em Portugal, em que o paradigma que a orienta é um paradigma médico-profissional, sem a colaboração adequada de outros grupos profissionais e populacionais (Biscaia 2010), o que leva a contradições organizacionais no caminho da reforma.

Como identificado pelos membros do grupo focal, e igualmente sugerido por Biscaia (2010), a coordenação deve idealmente assentar não tanto nos processos formais mas sim em processos de natureza comportamental e na compreensão aprofundada da realidade organizacional em que os indivíduos desenvolvem o seu trabalho. Esta situação ideal, apesar de ser objetivo da própria reforma a decorrer, acaba por não se verificar. O ACES em estudo acaba por assumir mais características de organização mecanicista de Burns & Stalker (1996), nos seguintes aspetos: uma maior adesão à cadeia de comando (imposta e inesperada, apesar da RCSP), natureza especializada de cada tarefa e propensão para as decisões serem impostas pela gestão de topo; e características de organização orgânica, pelas tarefas não claramente definidas com antecedência mas continuamente ajustadas e redefinidas dada a especificidade da prestação de serviços. Estas tendências identificadas no grupo focal, justificam os receios expressos por Biscaia (2010), com

base num grupo focal realizado em 2007, que “a reforma dos CSP ainda não é irreversível”.

Conclui-se que o ACES não se enquadra no total das características de um modelo-tipo de Mintzberg (2010); na abordagem de Burns & Stalker (1996) encontra características dos dois tipos de organizações – mecanicista e orgânica; e que tal como referem vários autores os vários modelos coexistem nas organizações.

8.2. Modelos de produção do ACES

O segundo conjunto de resultados tem a ver com os **modelos de produção**. A forma como é organizado o trabalho é um determinante importante do grau de satisfação dos médicos de família, nos centros de saúde portugueses (Biscaia, 2010) e noutros sistemas de CSP (Nogueira & Santana, 2003). Nos ACES em geral e também no caso em estudo, o trabalho está organizado em divisões diversas – USF, UCSP, USP, UCC, URAP e UAG – de acordo com as principais funções dos trabalhadores, profissionais e outros, que lá operam. Nos resultados aqui apresentados identificam-se em cada uma destas divisões características dos modelos de produção *lean-production* e antropocêntrico (Kovács & Castillo, 1998).

De entre as dimensões seleccionadas neste estudo, os participantes confirmam que o modelo de produção se destaca pelo trabalho em equipa e a responsabilidade ao nível de execução pela melhoria da qualidade dos serviços, permitindo: autonomia no trabalho; trabalhadores flexíveis, rotação de tarefas dentro da polivalência limitada; orientação para a confiança; e a predominância de RH qualificados (médicos, enfermagem, administrativos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e assistentes operacionais) com uma baixa proporção de trabalhador indireto (trabalho temporário) – embora um dos reveses mais perversos observados nos tempos mais recentes, de acordo com os participantes no grupo focal, tem sido a contratação descoordenada cada vez maior de pessoal em regime de *outsourcing*, o que impede a participação direta e a implicação das pessoas e poderá comprometer a tendência clara para o modelo de *lean-production*. No entanto, o sistema de informação/comunicação a processar-se multidireccionalmente; e a existência de uma intensa participação direta com relações de trabalho muito de cooperação, tende para o modelo antropocêntrico.

Neste grupo focal, como noutros estudos em Portugal, o médico de família valoriza a sua autonomia profissional de tal forma que a vontade de ganhar mais autonomia ou o receio de perder a que tem se tornam fatores significativos para aderir ou não aos processos de reforma (Hipólito *et al*, 2002; Conceição *et al*, 2005; Conceição *et al*, 2007; Biscaia, 2010).

Como reconhecido na literatura (Dussault & Sousa, 1999) e indicado pelos participantes no grupo focal, a autonomia destes profissionais-operadores torna a intervenção dos gestores na produção

bastante mais difícil. Na prática, o que possibilita a intervenção dos gestores é que os profissionais, por sua vez, precisam da organização, no caso em estudo centrada nos ACES e nas suas diversas divisões. Ela fornece os instrumentos de trabalho e a infraestrutura material e humana de apoio essencial, para que possam exercer as suas competências.

8.3. Modelos normativos de GRH

O terceiro conjunto de resultados diz respeito aos **modelos normativos de GRH**. Os resultados apontam para que a GRH se distribua de acordo com o apresentado na tabela 8.

Tabela 8. Níveis de GRH

	Gestão administrativa	Gestão consultora	Gestão estratégica
ACSS/ARS	X		X
Direcção executiva do ACES	X	X	
Unidades funcionais	X	X	
UAG	X	X	

Os três níveis da GRH (Hackman & Wageman, 2005; Kozlowski *et al*, 1996) não têm locus específicos, e encontram-se dispersos, refletindo a pouca atenção dada ao modelo de GRH na reforma em estudo. O primeiro nível da GRH Operacional (modelo administrativo de aplicação da regulamentação jurídica e de normas internas, garantido as operações administrativas necessárias ao funcionamento da organização) está disperso pela linha hierárquica apresentada na tabela 8. O segundo nível da GRH Consultora (modelo consultivo – de enriquecimento e alargamento de tarefas e o ajustamento dos RH às previsíveis necessidades da organização) está distribuído pela equipa da UAG, unidades funcionais e Direcção Executiva do ACES. Houve discordância por parte dos participantes sobre se a equipa da UAG gere alguma coisa ou só executa. O terceiro nível, a GRH Estratégica (modelo desenvolvimentista) resulta de orientações estratégicas emanadas no ACSS/ARS e é operacionalizada pelos gestores de topo do ACES, e os gestores intermédios nas diversas unidades, com a inclusão dos próprios colaboradores.

Estes resultados estão em dissonância com o que Storey, 1995 referiu sobre a construção de um modelo de GRH que assente em quatro elementos chave, porque as regras são emanadas da ARS e da ACSS; o responsável pelos RH não está claramente identificado, visto que a função de GRH é uma função dispersa entre vários agentes; porque a partilha da GRH entre os gestores de topo do ACES, a delegação nos gestores intermédios e a inclusão dos próprios colaboradores não é real se se compreender que as decisões estratégicas mais importantes são tomadas centralmente (ACSS e ARS) sem implicação dos gestores do ACES. Conclui-se assim que

nenhum dos pressupostos-chave desta teoria é satisfeito no ACES em estudo.

Dentro da teoria metafórica do *hard* e do *soft* concebida por Storey (1995) e Brewster (1994) desenham as características de cada um destes dois modelos em que no modelo *soft*, ao contrário do modelo *hard*, consideram as pessoas como um recurso raro e diferente dos outros recursos, cuja criatividade, competência, qualidade e envolvimento constituem a essência da organização, o que não se confirma na GRH do ACES em que a GRH não intervém no recrutamento e seleção das pessoas, na formação, as recompensas são só para alguns e não há preocupação pela retenção das pessoas mais qualificadas.

8.4. Papéis do gestor de RH

O quarto grupo de resultados diz respeito aos **papéis do gestor de RH**. No ACES em estudo não existe nem um gestor de RH nem uma equipa dedicada a essa função. A GRH está dispersa o que não permite verificar a adequação dos papéis do gestor identificados por Khatri *et al* (2006) e Ulrich (1998).

8.5. Competências do gestor de RH

Sobre o grupo das **competências do gestor de RH**, numa situação em que este posto não existe, regista-se que estas competências estão dispersas entre a ACSS, a ARS e os diferentes níveis hierárquicos do ACES. Na eventual evolução do modelo de GRH do ACES que passasse a incluir um gestor de RH, os ACES valorizariam nesse posto:

- No domínio de competências do **conhecimento do negócio** – a orientação para o cliente e a orientação para os resultados. Os resultados ilustram que os participantes sabem que as atividades que desenvolvem no ACES são uma mais-valia para a saúde e que tem de haver uma conexão clara entre os RH e aquilo que os CSP exigem para se cumprirem. Os equivalentes na literatura sobre CSP seria a literatura sobre *patient-centredness* (Bergeson, 2006; Fiscella, 2004; Mead & Bower, 2000 e Stewart, 2001) – centralidade do doente, um conceito que nunca é diretamente referido nos documentos oficiais sobre a RCSP, mas uma dimensão fortemente identificada nas citações do grupo focal em estudo – e o conceito de *community-oriented primary health care* – cuidados de saúde primários orientados para a comunidade – (Longlett *et al*, 2001 e Nutting, 1987). Ambos os conceitos parecem ser assumidos pelos profissionais do ACES.
- No domínio de competências da **gestão da cultura organizacional** – a comunicação organizacional. Os resultados sugerem que era necessário que os RH cumprissem a missão do ACES, no sentido de dar o seu melhor. Os participantes enfatizaram a comunicação

organizacional como uma competência a desenvolver porque no ACES é um dos seus problemas mais graves.

- No domínio de competências da **gestão da mudança** – as ferramentas de gestão da mudança. Os resultados encaminham para a RCSP no sentido da sua concretização conforme a bondade da lei, que se utilizassem as ferramentas adequadas de gestão da mudança, para não ser pervertida. Os participantes referiram como essenciais sem especificar essas ferramentas. Mais uma vez, é uma competência que não foi explicitamente assumida por nenhum dos participantes.
- No domínio de competências da **credibilidade pessoal** - a integridade e acreditar. Os resultados sugerem que se deve articular tanto os interesses dos RH quanto da organização e se deve acreditar nisso e transmiti-lo, mantendo uma atitude de integridade. Os participantes referiram a integridade e acreditar como principais. Parece ser uma competência com importância difusa para todo o corpo gestor, com particular referência para o DE.
- Novo domínio de competências que não estava previsto **na revisão teórica**, que Bancalero (2007) identificou recentemente como o **domínio de competências das técnicas de medição**. Esta competência tem particular importância para as USP, que assumem a função de Observatório Local de Saúde, e para o processo de monitorização dos objetivos contratualizados com as USF que estão associados ao sistema remuneratório e de incentivos. Segundo os participantes, os sistemas de informação não transmitem dados fiáveis e só são válidos se forem analisados no final de cada ano.
- Quanto ao domínio de competências das **técnicas de RH**, numa situação em que não existe um gestor de RH, tenta-se compreender quem na equipa de gestão do ACES desenvolve as competências integradas no domínio das Técnicas de RH. Os resultados refletem que os gestores do ACES intervêm em poucas competências e que não são as consideradas mais relevantes da GRH (tabela 9).

Tabela 9. Domínio de Competências “técnicas de RH”

TÉCNICAS DE RH	ACES	Outros níveis hierárquicos
a) Competências de gestão		
aplicação da legislação laboral	✓	ARS
planeamento do quadro do pessoal; sistemas de informação de RH		ACSS
comunicação organizacional	✓	
b) Atração, recrutamento e retenção de talento		
técnicas de recrutamento e seleção		ARS / ACSS
acolhimento e integração	✓	
planeamento de carreiras		MS
gestão ativa da retenção de talento		Ninguém faz
gestão de contratos com consultores		ARS
c) Avaliação do desempenho e recompensas		
definição de objetivos (organizacionais, de equipa e individuais); análise e avaliação de funções	✓	
fases de avaliação	✓	ARS
plano de desenvolvimento		ARS / ACSS
d) Formação e desenvolvimento		
diagnóstico de necessidades em formação	✓	
elaboração de um plano de formação; metodologias de formação		ARS
GESTÃO DO CONHECIMENTO (nova competência)	✓	
Avaliação da eficácia da formação		Não se sabe
e) Remuneração e benefícios		
elaboração e análise de estudos setoriais; elaboração de planos de recompensa		ACSS
f) Relações organizacionais		
Coaching; aconselhamento	✓	
gestão de conflitos	✓	ARS
g) Segurança, higiene e saúde		
aplicação da legislação específica do setor; gestão dos sistemas de saúde; planos de emergência		Ninguém faz
programas de segurança (exemplo: placas informativas de "saídas" do edifício)	✓	

8.6. Posicionamento da GRH no ACES

No que concerne ao posicionamento da GRH no ACES, é visto essencialmente com foco operacional e centrado nos processos.

8.7. Forças e fraquezas do(s) modelo(s) seguido(s)

As forças/fraquezas e ameaças/oportunidades identificadas refletem tudo o que foi dito pelos participantes.

9. CONCLUSÃO

No setor da saúde a reforma do sistema deve sempre considerar o impacto nos elementos estruturantes do sistema, nomeadamente: a governação do sistema; a logística e linhas de abastecimento; a prestação de cuidados; os subsistemas de informação, monitorização e avaliação; o financiamento; e os recursos humanos do setor (WHO, 2007). Está bem documentado que as reformas dos sistemas de saúde têm, desde os anos de 1980, negligenciado as questões associadas

ao desenvolvimento e gestão de recursos humanos (Nogueira & Santana 2003). Os reformadores deveriam sempre assumir a intencionalidade de desenvolver a capacidade dos recursos humanos se alinharem com as estratégias propostas pelas reformas, criando o contexto e dando-lhes os instrumentos para se perfilarem com os objetivos estratégicos dessa reforma, o que não tem acontecido (Nogueira & Santana 2003).

A RCSP em Portugal passou por um processo de mudança que privilegiou a constituição de USF. Estas seriam apoiadas por outras unidades, e agrupar-se-iam em ACES o que reforçaria a autonomia dos médicos de família, e levaria a um modelo de gestão mais descentralizado e à adaptação de modelos de governação clínica aos CSP. Os modelos organizacionais seriam um misto de burocracia profissional e adhocracia. A RCSP deveria conjugar “princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização, face aos resultados”. As USF aumentaram em número, mas “os mecanismos de apoio ao seu desenvolvimento não têm acompanhado este progresso”, particularmente no que diz respeito às componentes “gestionárias e transformacionais dos ACES” com défices de autonomia e “desmotivação crescente dos seus DE”. Nota-se a “falta de liderança ou definição estratégica para o desenvolvimento da governação clínica”; identificam-se “deficiências nos processos de contratualização”; verificou-se a ausência de sistemas de informação interoperáveis”. Vários estudos conformam “problemas na área dos recursos humanos” (Biscaia 2010; Dussault *et al*, 2010).

Estes problemas foram claramente identificados nas opiniões dos participantes no grupo focal do caso em estudo. Os resultados aqui apresentados reforçam a percepção que a gestão e o desenvolvimento dos recursos humanos, aqui, como noutras reformas, são uma área negligenciada. Os responsáveis pela GRH nos ACES não estão claramente identificados e os papéis, competências e técnicas de GRH ou não são conhecidos ou, se conhecidos, estão dispersos por diversos atores, não só nos ACES mas até em organismos da administração central do sistema de saúde: a ARS e a ACSS. Uma conclusão surpreendente se considerarmos que a reforma nasceu muito centrada em questões de GRH, de um conjunto de experiências que, ao longo de duas décadas, foi procurando novas formas organizar e remunerar o trabalho dos médicos de família (Conceição *et al* 2000, 2001, 2003, 2005, 2007; Hipólito *et al*, 2002). Esta indefinição leva uma orientação operacional, negligenciando a estratégica, a uma crescente perda de autonomia, a uma maior centralização da governação e a uma crescente desmotivação e insatisfação com o processo de reforma, o que, necessariamente, se refletirá na qualidade dos cuidados recebidos pelos utentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANCALEIRO J., 2007. Scorecard de Capital Humano, 2. ed. Lisboa: Editora RH.
- BARDIN L., 2004. Análise de Conteúdo, 3. ed. Lisboa: Edições 70.
- BERGESON d., 2006. A systems approach to patient-centred care. *JAMA*; 296:23.
- BISCAIA A., 2010. Entrevista em 12 de Dezembro de 2010. Estoril: USF Marginal.
- BISCAIA A., CONCEIÇÃO C., MARTINS J. & FERRINHO P., 2003A. Política e gestão dos recursos humanos na saúde em Portugal – controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 19: 281-9.
- BISCAIA A., CONCEIÇÃO C., MARTINS J. & FERRINHO P., 2003B. Politique et gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé au Portugal: controverses et problématiques actuelles. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*; 43 (3): 379-396.
- BISCAIA A., FERRINHO P. & COLAÇO M., 2004. Family doctor's job satisfaction and conditions of professional practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 58: A64-125.
- BISCAIA A., NUNES M., CARREIRA M., FRONTEIRA I., ANTUNES A., & FERRINHO P., 2006. Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- BRAVO M. & EISMAN L., 1998. Investigación Educativa, 3. ed. Sevilha: Ediciones Alfar.
- BREWSTER C., 1994. European HRM. Refection of, or challenge to, American concept. *In* Brewster, C. & Hegewisch, A. (Eds.), *Policy and Practice in European Human Resource Management – The Price Waterhouse Cranfield Survey*, London and New York: Routledge, pp. 1-21.
- BURNS T. & STALKER G.M., 1996. *The Management of Innovation*, 2. ed. London: Tavistock.
- BURTON R.M. & OBEL B., 1998. *Strategic Organizational Diagnosis and Design: developing theory for application*, 2. ed. London: Kluwer Academic Publishers.
- BURTON R.M. & OBEL B., 2004. *Strategic Organizational Diagnosis and Design: the dynamics of fit*, 3. ed. London: Kluwer Academic Publishers.
- CARMO H., FERREIRA M., 1998. *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CEITIL M., 2006. *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições Sílabo.
- CONCEIÇÃO C., GONÇALVES A., CRAVEIRO I., BLAISE P., VAN LERBERGHE W. & FERRINHO P., 2000. Managing the performance of family physicians in the Portuguese National Health System. *Human Resources for Health Development Journal*; 4 (3): 184-193.
- CONCEIÇÃO C., GONÇALVES A., BLAISE P., VAN LERBERGHE W. & FERRINHO P., 2001. A gestão do desempenho dos médicos de família no serviço nacional de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 19: 15-23.
- CONCEIÇÃO C., ANTUNES A., VAN LERBERGHE W. & FERRINHO P., 2003. As diferenças regionais na adesão ao regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral até Janeiro de 2000. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 19(3): 227-236.
- CONCEIÇÃO C., FRONTEIRA I., HIPÓLITO F., VAN LERBERGHE W. & FERRINHO P., 2005. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 21: 45-59.
- CONCEIÇÃO C., LIMA C. & FERRINHO P., 2007A. Reforming the Portuguese Health Services System: Key Human Resources for Health Issues. *Cahiers de Sociologie et Démographie médicales*, vol.47; (3):241-257.
- CONCEIÇÃO C., VAN LERBERGHE W., RAMOS V., HIPÓLITO F. & FERRINHO P., 2007B. A Case Study of Team Work and Performance-Linked Payment of Family Physicians in Portugal, *Cahiers de Sociologie et Démographie médicales*, vol.47; (3): 293-313.
- CRESWELL, J., 2009. *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*, 3. ed. Los Angeles and New Delhi: SAGE Publications.

- CUNHA M. P., REGO A. & CABRAL-CARDOSO C., 2007. Tempos modernos: Uma história das organizações e da gestão. Lisboa: Edições Sílabo.
- CUNHA M., REGO A., CUNHA R. *et al*, 2010. Manual de Gestão de Pessoal e de Capital Humano, 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- DUSSAULT G. *et al*, 2010. Recursos Humanos para a Saúde. Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, em projeto. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- DUSSAULT G. & SOUSA. L, 1999. Gestão de Recursos Humanos em Saúde. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal.
- FILERMAN G., 2003. Closing management competence gap. *Human Resources for Health*. 1:7, pp. 1-3.
- FISCELLA K. *et al*, 2004. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*. 42: 1049-1055.
- FORTIN M.F., 2003. O processo de Investigação: da conceção à realização, 3. ed. Loures (Portugal): Lusociência.
- GHIGLIONE R., MATALON, B., 1992. O inquérito. Oeiras: Celta Editora.
- GONÇALVES A., CONCEIÇÃO C., CRAVEIRO I. & FERRINHO P., 2000. Performance management in the Portuguese national health service, pp 93-99. *In* Ferrinho P & Van Lerberghe W (editors). Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance & individual coping strategies. *Studies in HSO&P*, 16. Antwerp: ITG Press.
- HACKMAN, J.R., & WAGEMAN, R., 2005. When and how team leaders matter. Citado em KOVÁCS, I. & CASTILLO, J.J., 1998. Novos Modelos de Produção: trabalho e pessoas. Oeiras (Portugal): Celta Editora.
- HIPÓLITO F., CONCEIÇÃO C., RAMOS V., AGUIAR P., VAN LERBERGHE W. & FERRINHO P., 2002. Quem aderiu ao regime remuneratório experimental e porquê? *Revista Portuguesa Clínica Geral*; 18: 89-96.
- INSPEÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2001. Jornal Médico de Família. Relatório “Súmula dos problemas dos centros de saúde”, nº 15, Abril de 2001. Versão eletrónica. Disponível em <http://www.vfbm.com/jmf/010-019/015/015-12.pdf>. Consultado e m 19/02/2012.
- KHATRI N., WELLS J., MCKUNE J. & BREWER M., 2006. Strategic human resource management issues in hospitals: a study of a university and a community hospital. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*; 84, (4): 9-20.
- KOVÁCS I. & CASTILLO J.J., 1998. Novos Modelos de Produção: trabalho e pessoas. Oeiras (Portugal): Celta Editora.
- KOZLOWSKI S., GULLY S., MCHUGH P., SALAS, E. & CANNON-BOWERS, J., 1996. A dynamic theory of leadership and team effectiveness: Developmental and task contingent leader roles. *In* Ferris G.R. (Ed.), *Research in personnel and human resource management*, vol. 14, pp. 253-305). Greenwich CT: JAI Press.
- LEGGE K., 1995. Human Resource Management: The LONGLETT Theories and Realities. Basingstoke: MacMillan.
- LEOPARDI, M.T., BECK, C., NIETSCHE, E. & GONZALES, R., 2001. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti.
- LONGLETT SK., KRUSE JE. & WESLEY RM., 2001. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*; 14:54-563.
- MEAD N. & BOWER P., 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*; 51: 1087-1100.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro. Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Lisboa.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Despacho nº 13312/2011, de 4 de Outubro. Criação do Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa.
- MINTZBERG H., 1983. *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- MINTZBERG H., 2010. *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, 4. ed. Lisboa: Dom Quixote.
- NOGUEIRA R. & SANTANA J., 2003. Human Resource Management and Public Sector Reforms: Trends and Origins of a New Approach. *In* Ferrinho P. & Dal Poz M. (editors). *Towards a Global Health Workforce Strategy. Studies in Health Services Organization & Policy*; 21, pp 73-103.
- NUTTING PA., 1987. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*; 24: 83-88.
- PARRY S., 1998. Just What is a Competency? (And why should you care?). *Training*, vol. 35 (6), pp 58-64.
- PISCO L., 2008. *Jornal Médico de Família – JMF*. Versão eletrónica. Entrevista realizada em 06/03/2008). Disponível em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=127&Itemid=27. Consultado em 17/02/2010.
- PISCO L., 2010. *Jornal Médico de Família – JMF*. Versão eletrónica. Entrevista realizada em 19/03/2010). Disponível em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1054&Itemid=27. Consultado em 17/02/2010.
- STAKE, R., 1995. *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- STOREY J., 1995. Human Resource Management: Still marching on, or marching out". *In* Storey, John (Ed.) (1995). *Human Resource Management. A critical text*. pp.3-32). London: Thomson Business Press.
- STEWART M., 2001. Towards a global definition of patient-centred care. *BMJ*, 322: 444-445.
- TRENTINI M. & GONÇALVES, L., 2000. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem* (Florianópolis, SC), vol. 9 (1): pp 63-78.
- ULRICH D., 1998. *Os Campeões de Recursos Humanos: inovando para obter os melhores resultados*. São Paulo: Futura.
- ULRICH D., BECKER B. & HUSELID M., 2001. *Gestão estratégica de pessoas com Scorecard*. Rio de Janeiro: Campus.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006. *World Health Report: Working together for health*. Geneva.
- VALA J., 1986. *Análise de Conteúdo*. *In* Silva, A., Pinto, J., *Metodologia das Ciências Sociais*, 6. ed. Porto: Edições Afrontamento.
- YIN R.K., 2003. *Case study research, design and methods*, 3. ed. Newbury Park: Sage Publications.

Guião para discussão em grupo focal sobre papéis e competências dos responsáveis pela GRH nos ACES

A finalidade deste grupo focal é compreender a centralidade dos Recursos Humanos na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e como essa centralidade se reflete nos papéis e competências dos responsáveis pela Gestão de Recursos Humanos neste ACES.

Temos cinco tópicos para discussão, apoiados por um questionário, que gostaria que os apreciassem e comentassem.

A **primeira questão** que gostaria que comentasse tem a ver com a **configuração organizacional** que predomina no vosso ACES. Esta configuração dependerá dos mecanismos de coordenação, da centralização/descentralização de linhas hierárquicas e dos modelos de organização do trabalho, especificados no questionário.

Em **segundo lugar** pretendia que identificassem o **modelo de Gestão de Recursos Humanos** do vosso ACES. Considerem a principal função da GRH, o âmbito dessa gestão, a participação do gestor de RH na tomada de decisão sobre a vida do ACES e que profissionais integram a equipa que gere os RH.

Quanto ao **modelo de prestação de serviços (produção) dos RH** no vosso ACES, considerem-no tendo em conta a forma como é organizado o trabalho, considerando o perfil dos trabalhadores no ACES, o sistema de informação/comunicação e o grau de participação e relações de trabalho.

A quarta questão aborda os **papéis principais** que cabem ao gestor de Recursos Humanos como ilustrados no questionário. Discuta os que considera mais ou menos adequados.

As **competências necessárias** à Gestão de Recursos Humanos caem em cinco domínios:

1. Conhecimento do negócio;
2. Gestão da cultura organizacional;
3. Capacidade de gestão da mudança;
4. Credibilidade pessoal;
5. Técnicas de Recursos Humanos.

Para estes cinco domínios identifique quais os **domínios que considera mais ou menos importantes** para a Gestão de Recursos Humanos do seu ACES.

Um dos domínios tem a ver com as **Técnicas de Recursos Humanos** que, por sua vez, abrange os subdomínios de: competências de gestão; atração, recrutamento e retenção de talento; formação e desenvolvimento; remuneração e benefícios; relações organizacionais; e segurança, higiene e saúde. Para cada um dos subdomínios acima indicados, identifique quais fazem parte das atividades desenvolvidas pelo responsável pelos RH no seu ACES, quais são contratadas em *outsourcing*, quais são desenvolvidas de outra forma e em quais se sente mais ou menos competente?

Muito obrigada

Categorias de análise

Categoria	Sub-Categoria	Item	Director Executivo	Presidente do CC	Vogal do CC (Enfermeiro)	Vogal do CC (médico USP)	Responsável UAG
Configuração Organizacional	Mecanismo de coordenação		✓	✓	✓	X	X
	Modelo organizacional		✓	✓	✓	X	X
	Organização do trabalho		✓	✓	✓	X	X
Modelo de prestação de serviços	Organização do trabalho		✓	✓	✓	X	✓
	Modelo de RH		✓	X	X	X	X
	Sistema informação/comunicação		✓	✓	✓	✓	✓
	Participação e relacionamento entre os RH		✓	✓	✓	✓	✓
Papel do gestor de RH	Especialista administrativo		✓	✓	X	X	X
	Agente de mudança		✓	✓	X	X	X
	Campeão dos colaboradores		✓	X	X	X	X
	Parceiro estratégico		✓	X	X	X	X
Modelo de GRH	Função da GRH		✓	X	X	✓	X
	Âmbito da ação da GRH		✓	X	X	X	✓
	Participação do responsável		✓	✓	✓	✓	✓
	Equipa que gere os RH		✓	✓	X	X	✓
Domínio de competências: conhecimento do negócio	A orientação para o utente		✓	✓	X	X	X
	A orientação para resultados		✓	✓	X	X	X
Domínio de competências: gestão da cultura organizacional	Comunicação organizacional		✓	✓	X	X	✓
Domínio de competências: gestão da mudança	Conhecimento das ferramentas de gestão da mudança		✓	✓	X	X	✓
Domínio de competências: credibilidade pessoal	Integridade ao longo do tempo		✓	✓	X	X	X
	Acreditar e transmitir eficazmente		✓	✓	X	X	X
Domínio de competências: técnicas de RH	Competências de gestão	Aplicação da lei laboral	✓	X	X	X	✓
		Planeamento do quadro de pessoal	✓	✓	X	✓	✓
		Sistemas de informação de RH	✓	✓	X	✓	✓
		Comunicação organizacional	✓	X	X	X	X
	Atração, recrutamento e retenção de talento	Técnicas de recrutamento e seleção	✓	✓	✓	✓	✓
		Acolhimento e integração	✓	✓	✓	✓	✓
		Planeamento de carreiras	X	✓	X	X	X
		Gestão da retenção de talento	✓	✓	✓	X	✓
		Gestão de contratos com consultores	✓	✓	X	X	X
	Avaliação do desempenho e recompensas	Definição de objetivos	✓	✓	✓	✓	✓
		Fases de avaliação	✓	X	✓	X	✓
		Plano de desenvolvimento	✓	✓	✓	✓	✓
		Análise e avaliação de funções	✓	✓	X	X	X
	Formação e desenvolvimento	Diagnóstico das necessidades de formação	✓	✓	✓	✓	✓
		Elaboração de um plano de formação	✓	✓	✓	✓	✓
		Metodologias de formação	✓	✓	✓	✓	✓
		Avaliação da eficácia da formação	✓	✓	✓	✓	✓
	Remuneração e benefícios	Elaboração e análise de estudos setoriais	✓	✓	X	X	✓
		Elaboração de planos de recompensa	✓	✓	X	X	✓
	Relações organizacionais	Coaching	✓	✓	✓	✓	✓
		Aconselhamento	✓	✓	✓	✓	✓
		Gestão de conflitos	✓	✓	✓	✓	✓
	Segurança, higiene e saúde	Aplicação da legislação específica do setor	✓	✓	✓	✓	✓
		Gestão de sistemas de saúde	✓	✓	✓	✓	✓
		Programas de segurança	✓	✓	✓	✓	✓
		Planos de emergência	✓	✓	✓	✓	✓

Nota: ✓ - Interveniente que participou na subcategoria ou item abordados na discussão;

✗ - Interveniente que não participou na subcategoria ou item abordados na discussão.